

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Eliška Míčková

Ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí

Nursing of Patients after Stroke at Home

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací

V Praze, 21. 3. 2012

Eliška Míčková

Identifikační záznam:

MÍČKOVÁ, Eliška. *Ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí [Nursing of Patients after Stroke at Home]*. Praha, 2012. 67 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Pavlíková, Pavla.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PhDr. Pavle Pavlíkové za ochotu k vedení práce, za upřímnost, trpělivost, rady a připomínky, které mi při psaní poskytla. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni mi poskytnout informace a poznatky, které srze péči získali. Děkuji také celé své rodině za jejich podporu. Jmenovitě bych chtěla poděkovat své sestře Marii Míčkové, která mi pomohla s přepisem dat a bez níž bych práci nedokázala napsat v požadovaném čase, poté také své matce Ludmile Míčkové, která mi dala podněty pro práci a pomohla mi s kontrolou celé práce.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ošetřováním pacientů po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí. Cílem práce je zjistit, jaký vliv má ošetřování člena rodiny na její život.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na samotnou cévní mozkovou příhodu, její projevy, možnosti léčby, následky onemocnění, způsoby, jak jí lze předcházet. Další části pojednávají o ošetřovatelské a rehabilitační péči ve zdravotnickém zařízení. V poslední kapitole teoretické části je nastíněna péče o nemocného v domácím prostředí.

Empirická část je zaměřena na rodinné pečovatele. Pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda interview. Zkoumaný soubor tvořili 3 respondenti, kteří pečují o své blízké po cévní mozkové příhodě. Průzkumné šetření bylo provedeno v jejich domácím prostředí v období od listopadu 2011 do února 2012 ve dvou fázích. První interview bylo realizováno 1-2 týdny po propuštění nemocného do domácího prostředí, druhé interview bylo realizováno po uplynutí 2-3 měsíců domácího ošetřování.

Z práce vyplývá, že cévní mozková příhoda je silným zásahem do života rodiny. Rodina je nucena se životní situaci přizpůsobit. Vždy se musí něčeho vzdát, aby mohli pečovat o svého blízkého. Rodinný pečovatel i ostatní členové rodiny, kteří přichází s nemocným do styku, prochází vnitřní proměnou, získávají nový pohled na život.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, ošetřovatelská péče, multidisciplinární tým, domácí péče, rodinný pečovatel, rodina, životní aktivity

Abstract

The thesis deals with the nursing of patients after stroke at home. The main aim is to realise, how the nursing of the member of family influences the life of the family.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. Theoretical part of the thesis deals with the stroke itself, its symptoms, possibilities of the treatment, consequences of the disease and the possibilities of prevention. The next parts deals with nursing and rehabilitation care in the health institution. The last chapter of the theoretical part introduces the nursing of the patient at home.

Empirical part focuses on the family's nurses. The interview method was chosen for the qualitative research. The researched group consists of three respondents, who care for their relations after the stroke. The research was carried out at their home between November 2011 and February 2012 in two phases. The first interview was carried out 1-2 weeks after the discharge of patient to their home, the second 2-3 months later.

The research found that a stroke occurring to one family member has great impact on the life of the family. The family is forced to adapt to this life situation. Changes and sacrifices must occur to nurse the relation. Family carers who are in contact with the ill family member go through an internal change and gain a new perspective on life.

Key words: stroke, nursing care, multidisciplinary team, home care, family nurse/carer, family, life activities

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Cévní mozková příhoda	10
1. 1 Definice cévní mozkové příhody	10
1. 2 Dělení cévní mozkové příhody	10
1. 3 Rizikové faktory cévní mozkové příhody.....	10
1. 4 Příčiny cévní mozkové příhody	11
1. 5 Příznaky cévní mozkové příhody	12
1. 6 Diagnostika cévní mozkové příhody	15
1. 7 Možnosti léčby cévní mozkové příhody	16
1. 8 Následky cévní mozkové příhody.....	17
1. 9 Prevence cévní mozkové příhody	18
2 Ošetrovatelská a léčebná péče pacienta po cévní mozkové příhodě	19
2. 1 Kdy má začít rehabilitace	20
2. 2 Multidisciplinární tým	20
2. 3 Diagnostika následků cévní mozkové příhody	23
2. 4 Zásady léčby	25
3 Domácí péče	26
3. 1 Pojem „domácí péče“, cíle domácí péče.....	26
3. 2 Péče o nemocného po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí.....	26
3. 3 Role rodiny v péči o nemocného po cévní mozkové příhodě.....	31
EMPIRICKÁ ČÁST	32
4 Výzkumný problém	32
4. 1 Cíle.....	32
4. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku	32
4. 3 Organizace výzkumu	34

4. 4 Metody výzkumu	34
5 Analýza výsledků ke stanoveným cílům	37
5. 1 Analýza respondentů ve vztahu k cílům	37
5. 2 Shodné body v analýze respondentů.....	46
DISKUZE	48
ZÁVĚR	53
PRAMENY A POUŽITÁ LITERATURA.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je velmi závažné onemocnění. Pokud se postiženému nedostane rychle pomoc, může to mít fatální následky. Nemoc postihuje mozek, v některých případech je poškozeno mnoho funkcí. Někdy má nemocný jen zhoršenou chůzi, jindy ani nemluví. Po rehabilitační péči je většinou propuštěn domů, kde se o něho stará rodina. Ta často nemusí vědět, jak o nemocného pečovat. Situace, se kterými se denně setkává, musí řešit za pochodu. V mnoha případech je pro nemocného zařízena ošetrovatelská a rehabilitační péče přes agenturu domácí péče. Úloha rodiny je v péči o nemocného velmi důležitá. Pomáhá nemocného motivovat, dodává mu naději. O nemocného často pečují jeden nebo více členů rodiny.

Ráda bych v rámci své bakalářské práce zjistila, jaký vliv má ošetřování člena rodiny po cévní mozkové příhodě na její život. Téma jsem si vybrala proto, že jsem v minulosti zažila podobnou situaci se svým dědou. V té době jsem ale byla „jen“ dětský pozorovatel. I přesto pro mě byla tato životní zkušenost natolik silná, že mě částečně přivedla ke studiu oboru všeobecné sestry. Zajímá mě, jakým způsobem může cévní mozková příhoda zasáhnout nebo změnit život i jiné rodiny. Osobně si myslím, že je péče o člověka postiženého iktem náročná nejen časově a fyzicky, ale hlavně psychicky. Myslím, že se zde hodně projeví soudržnost rodiny.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na samotnou cévní mozkovou příhodu, jak se projevuje, možnosti léčby nebo jak jí lze předcházet. Další část pojednává o ošetrovatelské a rehabilitační péči. Třetí část se zabývá péčí v domácím prostředí.

V empirické části se zaměřuji na rodinné pečovatele. Formou interview se snažím zjistit, jak nemoc působí na rodinu, co musí rodina řešit, změnit. Jaká pozitiva a negativa situace přináší.

Myslím si, že rodina nemocného je životní situací velmi zasažena a ne každá rodina ji ustojí. Zároveň ale, pokud se jí to podaří, musí být poté daleko silnější jako celek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Cévní mozková příhoda

1. 1 Definice cévní mozkové příhody

„Cévní mozková příhoda neboli mozková mrtvice je poškození určité části mozku v důsledku přerušení jejího krevního zásobení nebo unikání krve narušenými stěnami krevních cév. V důsledku toho dochází k zhoršení nebo úplnému narušení vnímání, pohybů či jiných funkcí kontrolovaných danou oblastí.“ (Dolejšová & Wankatová, 2010, s. 101)

1. 2 Dělení cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody se rozdělují podle typu na hemoragické a ischemické cévní mozkové příhody. Hemoragická cévní mozková příhoda se dále dělí na intracerebrální a subarachnoidální hemoragie. Z těchto dvou typů hemoragie se častěji vyskytuje intracerebrální krvácení.

Ischemická cévní mozková příhoda se pak dělí podle lokalizace, příčiny vzniku a podle doby trvání klinických příznaků.

Nejčastější *lokalizace* mozkového infarktu se vyskytuje v povodí střední nebo přední mozkové tepny. Hlavní *příčiny vzniku* jsou podle kritérií rozděleny do 6 kategorií, s tím, že 6. kategorie jsou nezjištěné etiologie – ty zaujmají více než 1/5 ischemických iktů. Další příčiny jsou: onemocnění velkých cév, kardioembolické ikty, onemocnění malých tepen, ikty se známou etiologií a hemodynamický iktus. Dělení ischemického iktu *dle doby trvání klinických příznaků* je zavádějící. Každý iktus je závažný, stejně tak tranzitorní ischemická ataka (TIA), která je jedním z rizikových faktorů později vzniklého iktu.

Iktus se dělí na TIA - příznaky vymizí nejpozději do 24 hodin od vzniku, PRIND - plně reverzibilní neurobiologický deficit – úprava klinických příznaků do týdne, Regredující iktus s reziduálním menším neurologickým deficitem - minor stroke – MND, Progredující – kompletní iktus - major stroke. (Kalita a kol., 2006)

1. 3 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

„Většina cévních mozkových příhod vzniká jako následek kombinace medicínských příčin a příčin návykových. Takové příčiny jsou nazývány rizikovými faktory“ (Feigin, 2007, s. 49)

Některé rizikové faktory se mohou regulovat nebo úplně eliminovat buď medicínskými prostředky, např. léky nebo neléčebnými prostředky, jako je např. změna životního stylu. Těmto faktorům se říká ovlivnitelné rizikové faktory. Bohužel existují i faktory, které nemohou být změněny, tzv. neovlivnitelné faktory. Sem patří věk, pohlaví, rasový původ nebo dědičné dispozice. Mezi medicínské faktory patří hypertenze, srdeční onemocnění, ateroskleróza, vysoká hladina cholesterolu, tranzitorní ischemická ataka, diabetes mellitus, neprasklé nitrolební výdutě, migrény, výskyt iktu v rodině a další genetické faktory. Tyto faktory se mohou vzájemně ovlivňovat. Jeden může zesilovat účinek druhého faktoru. Riziko vzniku se zvyšuje počtem rizikových faktorů. Většině rizikovým faktorům je možné se vyhnout. Návykové příčiny jsou ty, které vznikají špatným životním stylem. Nejvýznamnějšími faktory jsou kouření, nezdravá strava, zvýšený příjem alkoholu a sedavý způsob života. Dalšími návykovými faktory zvyšujícími riziko vzniku mozkové příhody jsou nadváha, spánková apnoe, noční chrápání, užívání antikoncepce, drog s povzbuzujícím účinkem. (Feigin, 2007)

1. 4 Příčiny cévní mozkové příhody

Mozková mrtvice, iktus, cévní mozková příhoda – tím vším se rozumí cévní poškození mozku. To znamená náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév. Poškození může být způsobeno ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou jevů nebo prasknutím cévy. Všechny tyto příčiny vedou k nedostatečnému krevnímu zásobení. V závislosti na místě a velikosti poškození se mozková mrtvice může, ale i nemusí projevit klinickými příznaky, tzv. bezpříznaková mrtvice neboli tichý, němý iktus. (Feigin, 2007)

Cévní mozková příhoda má dvě možné příčiny – ischemii nebo krvácení do mozku.

Ischemické změny neboli ischemický iktus se mohou vyvíjet buď pozvolna, nebo vznikají náhle. Dochází k nim snížením přívodu arteriální krve, zhoršením saturace krve kyslíkem nebo zhoršením odtoku krve žilami. Nejcitlivější na nedostatek kyslíku je šedá kůra mozková a bazální ganglia. Ve chvíli, kdy se mozkovým buňkám nedostávají kyslík a živiny, vzniká na tomto místě nekróza. Ložisko se často jeví jako rozměklé, kašovitě - encefalomalacie. Mívá bílou barvu. Příčinou bývá embolie do některé mozkové cévy. Zdrojem této embolie bývá selhávající levé srdce. Zde vzniká embolie z nástěnných trombů v srdečním aneurysmatu, z trombóz srdečních oušek při arytmiích nebo z trombů na srdečních chlopních. Další možnou příčinou embolie je průchodné foramen ovale

při paradoxní embolii. Ischemický iktus může vzniknout i po infekcích v srdci (endokarditidách) a po srdečních operacích. Dalšími příčinami jsou poruchy krve, zánětlivé a infekční choroby, které jsou většinou příčinou iktu u mladých lidí. U lidí starších 65 let se na vzniku iktu může podílet ateroskleróza. Je příčinou až u 2/3 pacientů s cévní mozkovou příhodou. (Bártová, 2004)

Krvácení do mozku neboli hemoragický iktus vzniká většinou náhle, má prudší vývoj a je nejčastěji v oblasti capsula interna a bazálních ganglií. Způsobuje 15 – 25 % všech případů mrtvice. Má vyšší mortalitu, morbiditu a vyžaduje nákladnější zdravotní a sociální péči. Hemoragie se dělí na intracerebrální hemoragie (krvácení do mozkové tkáně) a na subarachnoidální hemoragie (krvácení do prostoru pod pavučnicí – úzký prostor mezi povrchem mozku a mozkovou blánou). Intracerebrální krvácení je dvakrát častější než subarachnoidální krvácení. Nejčastější lokalizací krvácení do mozkové tkáně jsou hluboké subkortikální oblasti, mozeček a mozkový kmen. Krvácení je většinou způsobeno prasknutím aneuryzmatu nebo určitým onemocněním. Choroby způsobující ztenčení, ztvrdnutí a lomivost stěny tepen jsou nejčastější příčinou krvácení do mozku. Patří sem vysoký krevní tlak (hypertenze) nebo ukládání bílkoviny amyloidu do stěny cév. Krvácení do prostoru pod pavučnicí je nejčastěji způsobeno prasknutím aneuryzmatu. Krev se tlačí do mozkových obalů, takže mozková tkáň není zprvu poškozená, ale může k tomu dojít v pozdějších stádiích. (Bártová, 2004; Kalita a kol., 2006)

Hemoragický iktus má sice vyšší mortalitu, ale tvoří relativně malý podíl na všech vzniklých mozkových příhodách.

1. 5 Příznaky cévní mozkové příhody

Jde o příznaky, které vznikají na podkladě ischemie nebo hemoragie náhle a trvají déle než 24 hodin. Jsou ložiskové nebo celkové. Klinický obraz se odlišuje od místa postižení, ale i od příčiny. Oblasti, které cévní mozková příhoda postihuje, jsou:

- *Poruchy vědomí*
- *Poruchy vyšších mozkových funkcí*
- *Poruchy hybnosti*
- *Somatosenzorické poruchy*
- *Poruchy smyslové*
- *Poruchy rovnováhy a koordinace*
- *Průvodní příznaky*

Poruchy vědomí

Plně při vědomí se považuje člověk, který je orientován v čase, prostoru i místě a je schopen na toto prostředí reagovat. Poruchy vědomí se dělí na kvalitativní a kvantitativní poruchy. Kvalitativní poruchy se projevují zmateností až deliriem, kvantitativní poruchy se projevují somnolencí, soporem až komatózním stavem. Pro zhodnocení kvantitativního stavu vědomí se používá tzv. Glasgow coma scale, viz Příloha A: Hodnocení vědomí. Kvantitativní porucha vědomí se objevuje u ischemie, kdy k ní dochází postupně, většinou během hodin. Objevuje se i u hemoragie, ale jen u masivní hemoragie. Je náhlá. Není častá u TIA.

Poruchy vyšších mozkových funkcí

Provádí se základní zhodnocení pozornosti, koncentrace, paměti, řeči, vizuálně - prostorové orientace a apraxie.

Pozornost a koncentrace zajišťují smysluplný tok myšlenek a jednání. Pokud tomu tak není, projevuje se to zmateností, dezorientací.

Paměť – léze v oblasti dominantní hemisféry vede často k poruše verbální paměti. Při zasažení nedominantní hemisféry je spíše postižena nonverbální paměť.

Řeč je postižena u 35 – 40 % nemocných s cévní mozkovou příhodou. Nejčastější poruchy řeči jsou v oblasti expresivní afázie, kdy je postiženo Brocovo řečové centrum. Pacient rozumí, je schopen spolupráce, často nepochopí složitější větu. Dále jsou poruchy v oblasti percepční afázie. Pacient není schopen porozumět řeči, vytváří nová slova, řeč je význačně neurčitá, objevuje se slovní salát. Pacient není schopen opakovat. Zde je nutné vyšetřit spontánní řeč, porozumění, pojmenování předmětů a barev, čtení a psaní.

Porucha vizuálně - prostorové orientace je u mozkové příhody častá. Pacient není schopen vnímat věci, lidi a prostor na postižené straně, ani spontánně nestáčí pohled na tuto stranu. Apraxie je neschopnost zvládat komplexnější činnosti jako je použití klíčů, přístroje nebo tužky. Při zhodnocení těchto schopností se zdravotník snaží zjistit požádáním, aby pacient takové činnosti provedl nebo je zopakoval. Dále může požádat pacienta, aby vyplázl jazyk, našpulil rty nebo aby zkusil zapískat.

Poruchy hybnosti jsou jedním z nejčastějších a nejtypičtějších příznaků iktu. Projevují se často náhlou nemožností pohnout končetinou. Záleží na místě postižení. Postižení kortikospinálního a kortikobulbárního traktu, a k tomu příslušné korové oblasti,

se projevuje poruchou hybnosti na jedné polovině těla. Dalším příznakem je dysfagie – porucha polykání, která se objevuje hlavně v akutní fázi iktu. Je zde riziko aspirace.

Somatosenzorické poruchy jsou stejně časté jako motorické poruchy. Jde hlavně o poruchu propriocepce a povrchového cití. Ty se projevují hlavně hypestezií nebo naopak parestezií. Přesné vyšetření cití je téměř nemožné.

Zrakové poruchy. Aby člověk mohl vnímat zrakem, je potřeba zapojit velkou část mozku (zevní oční segment, okcipitální lalok, téměř celý mozkový kmen, horní krční mícha). Při postižení některé této části dochází k výpadkům zorného pole. U cévní mozkové příhody je zrak často nějakým způsobem narušen. Pro vyšetření zorného pole je nutná spolupráce pacienta, což není vždy možné. Poté zůstává možnost pacienta „jen“ sledovat, jak reaguje na přibližování osob nebo předmětů. Rozdílná odpověď jednoho oka od druhého svědčí pro hemisferální postižení. Objevuje se i anizokorie. Vyšetření zornic podává zásadní informace. Velmi malé špendlíčkovité zornice ukazují na velké léze mozku (z důvodu ischemie, i krvácení).

Při *poruchách rovnováhy* pacient udává pocity nejistoty až těžké vertigo, které jsou často provázeny nauzeou až zvracením.

Mezi *průvodní příznaky* patří úzkost až panický strach, zvracení, bolest hlavy, škytavka nebo epileptický záchvat. Úzkost až panický strach udává více než polovina pacientů s iktem. Bohužel je tento příznak často podceňován. Zvracení svědčí buď pro ložiskový příznak, který ukazuje na postižení spodiny 4. mozkové komory při kmenové příhodě, nebo je důsledkem intrakraniální hypertenze. Ta bývá častější a znamená intracerebrální krvácení nebo subarachnoidální krvácení. Objevuje se časně po vzniku a je k němu přidružena některá z forem kvantitativních poruch vědomí. Je zde riziko aspirace. Bolest hlavy je hlavním příznakem při subarachnoidálním krvácení. Bolest hlavy je ale indikátorem krvácení jen v 1/3 případů cévní mozkové příhody. Naopak při absenci cefaleje je 85 % pravděpodobnost, že jde o ischemickou formu iktu. Škytavka je vzácně v akutní fázi, v dalším průběhu cévní mozkové příhody ale postihuje prodlouženou míchu. V této fázi je škytavka velmi častá. Předpokládá se, že ke škytavce dochází drážděním dechových center. Epileptický záchvat, generalizovaný nebo parciální, je viděn jen v 1 – 2 % nemocných s iktem. Častěji se objevuje u intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení. (Kalina a kol., 2008)

1. 6 Diagnostika cévní mozkové příhody

Při přijetí nemocného s akutním iktem je nutné vedle klinických vyšetření provést diagnostické úkony v následujícím pořadí:

- CT (počítačová tomografie) mozku
- EKG (elektrokardiografie) a RTG (rentgenové vyšetření) plic
- Biochemická vyšetření:
 - Vyšetření iontů v séru
 - Hladina glykemie
 - CRP (C-reaktivní protein)
 - Při podezření na hypoxii provedení analýzy krevních plynů
 - Hepatální a renální biochemické vyšetření
- Hematologická a hemokoagulační vyšetření:
 - KO (krevní obraz) s diferenciálním rozpočtem leukocytů, protrombinový čas
 - FW (vyšetření sedimentace erytrocytů)
 - INR (international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr) a aPTT (aktivovaný parciální tromboplastinový čas)
- Pulzní oxymetrie
- Lumbální punkce (jen při podezření na subarachnoidální krvácení při negativním CT mozku)
- Duplexní a transkraniální neurosonologie - ultrazvukové vyšetření, které umožňuje neinvazivní zobrazení mozkového parenchymu a cév s možností měření průtoků intrakraniálními tepnami, mozkovými žilami a splavy přes intaktní lebku. Ve dvojrozměrném B-obraze umožňuje posouzení anatomických poměrů a morfologických struktur mozkové tkáně ve škále šedi, zobrazení intrakraniálních cév s možností posouzení hemodynamiky.
- EEG (elektroencefalografie) při podezření na epileptickou genezi stavu
- MRI/MRA (magnetická rezonance angiografie) ve vybraných případech, eventuálně CTA (CT angiografie)
- U vybraných případů difuzní a perfuzní MR vyšetření
- U vybraných indikovaných případů provedení transthorakální a transezofageální echokardiografie (Kalita a kol., 2006)

1. 7 Možnosti léčby cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda vyžaduje urgentní léčbu. Je proto nutná hospitalizace na lůžkovém neurologickém oddělení, nejlépe na iktové jednotce.

Základem léčby ischemického iktu je trombolýza. Dnes nejúčinnější je nitrožilní altepláza (rekombinační tkáňový aktivátor plazminogenu). Je u ní ale vysoké riziko smrti z krvácení. Proto je nutné splnit několik kritérií pro podání. Hlavním kritériem je provést ji do 3 hodin od vzniku příznaků. Dále riziko vzniku krvácení zvyšuje porucha srážlivosti krve nebo fibrilace síní. Pro ty, u kterých není indikována trombolýza (jde o případy, kdy je překročen čas pro podání nebo pacient nesplňuje některou z podmínek), je vhodné podání antiagregancií co nejdříve od vzniku akutních příznaků.

Při léčbě krvácení do mozku je možné využít chirurgickou léčbu, kdy je odstraněn krevní výron. Tato léčba je vhodná například při postižení mozečku. V současné době odstranění výronů v dalších částech mozku nedává záruku, že by zlepšovalo pacientovo uzdravení. Subarachnoidální krvácení má nejčastěji zdroj v prasklém aneurysmatu. Doporučuje se podávat léky na prevenci stahů nitrolebních tepen. Dále je možné přejít k operačnímu řešení prasklé výdutě.

Mezi léčebné strategie patří udržování normálního dýchání. K tomu dochází hlavně odsáváním dýchacích cest a podáváním kyslíku. Také je nutné udržovat vodní a elektrolytovou rovnováhu. Docílí se toho sledováním příjmu a výdeje tekutin a hodnot centrálního žilního tlaku. Dalším bodem ve strategii léčby je péče o vysoký krevní tlak. Sleduje se hlavně střední arteriální tlak. U hypertoniků by neměl být vyšší než 130 mm Hg a u normotoniků by neměl překračovat hodnotu 105 mm Hg. Poté je to udržování normální teploty, glykemie, prevence komplikací (hluboká žilní trombóza, aspirační pneumonie, dekubity, depresivní stavy). Léčba symptomů, podáním léků proti bolesti, zácpě nebo podáním tlumivých léků, podporuje postupné uzdravení mozku. Dále je nutné léčit přidružené choroby, jako jsou srdeční choroby, diabetes mellitus nebo infekce.

Ošetrovatelská péče je nedílnou součástí léčby. Zahrnuje péči o kůži, vyprazdňování, výživu, krmení ad. Pro pacienta po mozkové příhodě, zvláště pacientů po subarachnoidálním krvácení, je vhodná zvýšená poloha hlavy. Poslední, ale nedílnou součástí léčby, je rehabilitace. (Feigin, 2007; Kalvach a kol., 2010; Berlít, 2007)

„Pro úspěšnou léčbu je určující, kromě lékařské péče a kontroly důležitých ukazatelů, co nejčasnější zahájení rehabilitace funkčního postižení. K rozhodujícím časným intervencím patří mobilizace nemocného, vstávání z lůžka, rozpoznání polykacích potíží, poučení pacienta a rodinných příslušníků a jejich zapojení do léčby a náležitá infuzní terapie.“ (Schuler & Oster, 2010, s. 61)

O rehabilitaci pojednává kapitola 2. Léčebná a rehabilitační péče.

1. 8 Následky cévní mozkové příhody

Následky cévních mozkových příhod lze rozdělit do 3 skupin: somatické, kognitivní a behaviorální.

- **Somatické následky**

Mezi somatické následky patří poruchy motoriky. Trpí jí 80 % pacientů po iktu a projevuje se sníženou silou svalů a zvýšením svalového tonu. Dále je to spasticita neboli hypertonie. Je způsobena zvýšením tonických napínacích reflexů. Vyvíjí se postupně. Její komplikací je rozvoj kontraktur. Hemiparéza s poruchou čítí má horší prognózu než hemiparéza samotná. Při rehabilitaci trvá nejdéle návrat jemné motoriky. U 20 % nemocných se vyvine bolest v rameni. Díky oslabeným svalům po iktu je zde riziko subluxace nebo luxace. Zvýšená zátěž na pouzdro a přilehlá vaziva způsobí v tomto místě mikrotraumatizaci. Bolest v rameni ovlivňuje práci s distální částí horní končetiny. Při algodystrofii paretické ruky, dalším následkem mozkové příhody, dochází k vytvoření edému na dorzální straně. Ruka je často zarudlá a výrazně bolí. Hlavními cíli je obnovení hybnosti, správné funkční využití končetin, zlepšení soběstačnosti a návrat do společnosti. Při rehabilitaci není cílem pohyb, ale vykonávání smysluplných činností. Dalším somatickým následkem je postižení dolních hlavových nervů, jako je dysartrie (porucha motorické realizace řeči) nebo dysfagie (porucha polykání). Při dysartrii jsou postiženy základní modalitty řeči, kam patří fonace, respirace a artikulace. Problémem může být i dysfonie, kdy je porušena tvorba řeči a užití hlasu. Dysfagie může postihnout jakoukoliv část polykacího procesu (fázi orální, faryngální nebo ezofageální). Jedním z dalších následků jsou poruchy dýchání ve spánku. Stanovuje se index AHI (apnoe-hypopnoe). Postihuje častěji muže starší 40 let, dále pacienty, kteří mají v anamnéze chrápání, diabetes mellitus, hypertenzi nebo se u nich iktus projevil v průběhu noci.

- **Kognitivní následky**

Jde o omezení vyšší nervové činnosti a okruhu symbolických funkcí. Poruchy pozornosti, paměti a myšlení řeší neurolog. Rehabilitační péče je pak zaměřena na apraxii a agnózii. Při apraxii pacient není schopen vykonávat komplexnější činnosti, dříve naučené. Jde hlavně o pohyb rukou. Při apraxii řeči je porucha návaznosti jednotlivých pohybů mluvidel. Agnozie je ztráta nebo porucha poznávání předmětů nebo dějů ve vnitřním nebo vnějším prostředí. Vážné činnosti v některém z analyzátorů (hmat, zrak, čich, sluch nebo propiocepce). Dalším možným následkem je vaskulární demence. Vyskytuje se hlavně u lidí nad 60 let. Samotný iktus zvyšuje demenci 4 – 12x. Obecně, aby mohla být diagnostikována demence, musí mít pacient kromě poruchy paměti ještě alespoň jeden příznak: porucha abstraktního myšlení, orientace, porucha jiných vyšších kognitivních funkcí jako afázie nebo apraxie, dále změna osobnosti nebo omezená soudnost. Všeobecně kognitivní funkce ovlivňují spolupráci pacienta i jeho aktivity.

- **Behaviorální následky**

Typickým následkem iktu je deprese. Důvodem je buď reakce na klinické následky choroby, nebo jako následek léze v určité části mozku. Mezi časté symptomy deprese patří: podrážděnost, úzkost, ustaranost, somatické stížnosti, poruchy kognitivních funkcí, ztráta iniciativy, narušení péče o sebe, sociální stažení, pocity viny, manželské neshody ad. Postihuje 5 – 50 % všech pacientů po iktu. V akutní fázi je depresí postiženo 40 – 50 %. V rehabilitačních centrech se výskyt deprese zvyšuje.

- **Ostatní následky**

Mezi ostatní následky lze zařadit epilepsii. Je jím postiženo méně než 10 %. Epileptické záchvaty poškozují a rozšiřují ložisko v mozku. Hemoragický iktus je častější příčinou iniciální epilepsie. (Kalvach a kol., 2010; Kalita a kol., 2006; Feigin, 2007; Berlīt, 2007; Schuler & Oster, 2010)

1. 9 Prevence cévní mozkové příhody

Prevence mozkové příhody se dělí na primární a sekundární prevenci. Tedy na prevenci, kdy se dá mozkové příhodě předcházet a na prevenci před opakováním se iktu.

- **Primární prevence**

Cévní mozkové příhodě se dá předcházet až v 85 % všech případů cévní mozkové příhody. Jde o všeobecné předcházení rizikům kardiovaskulárních onemocnění. Nejlepším

způsobem je dodržovat zdravý životní styl. Ten spočívá hlavně v pravidelné a pestré stravě a zároveň přiměřené tělesné aktivitě a emoční vyrovnanosti. Hlavní ovlivnitelné rizikové faktory iktu jsou kouření, pití alkoholu, hypertenze, ateroskleróza, diabetes mellitus, neprasklé nitrolební aneurysma, nezdravá strava, stres, obezita a sedavý způsob života. Pro odhad rizika vzniku cévní mozkové příhody slouží tabulka podle Instrukce Nadace mozkových iktů, viz Příloha B: Odhad rizika vzniku iktu. Obsahuje rizikové faktory. Pomocí ohodnocení bodů 0-3 si člověk může zjistit svou míru rizika. Je-li součet mezi 1-4 body, riziko vzniku iktu je nízké, při 5-9 je riziko středně nízké. 10-13 bodů je středně vyšší riziko a nad 14 bodů je riziko pro vznik iktu vysoké. Tímto mini testem je možné průběžně kontrolovat své rizikové faktory a udržovat je v normě. Všechny ovlivnitelné rizikové faktory je možno změnit. Opatření ale závisí na zvycích, způsobu života a tělesných podmínkách člověka. (Feigin, 2007)

- Sekundární prevence

Nejvyšší riziko recidivy iktu je v prvních dnech po příhodě, poté kolem 10 % je riziko opakování iktu v prvním roce. Riziko úmrtí je nejvyšší během prvního měsíce. K předcházení opakování cévní mozkové příhody lze dojít ve dvou krocích. Prvním krokem je správná kontrola rizikových faktorů zdravotního charakteru a životního stylu. Druhým krokem je užívání speciálních léků nebo chirurgické výkony k léčbě příčiny původního iktu. U pacientů po prodělané ischemické formě iktu nebo TIA je vhodné nasadit antikoagulační léčbu (antikoagulancia ale nemají vliv na již vzniklé krevní sraženiny, mohou zabránit tvorbě nových). Je zde nutná kontrola INR. Pro snížení rizika nového iktu je vhodná léčba antihypertenzivy. Ve většině případů musí léčba trvat do konce života. Dalšími možnostmi sekundární prevence je kompenzace diabetu, řešení poruch lipidového mechanismu a arytmie. (Feigin, 2007; Kalina a kol., 2008; Berlit, 2007)

2 Ošetrovatelská a léčebná péče pacienta po cévní mozkové příhodě

Pacient po cévní mozkové příhodě potřebuje multidisciplinární tým, který mu pomáhá zotavit se, navrátit soběstačnost. Po propuštění pacienta domů musí péče pokračovat. Rodinní příslušníci, ale i sám pacient, by měli být edukováni o nemoci, léčbě a rehabilitaci. Je mnoho faktorů, které ovlivňují zotavení. Jedním z nich je kvalita rehabilitační péče, kam patří prevence a léčba komplikací. Ty jsou zásadní první týdny po iktu. Pacienta ovlivňují také motivace pacienta a jeho rodiny, věk pacienta, přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby. (Feigin, 2007; Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004)

2. 1 Kdy má začít rehabilitace

Rehabilitace začíná na iktové jednotce. Rozsah rehabilitačního programu je individuálně zaměřen podle aktuálního stavu pacienta a podle míry postižení mozkovou příhodou. Podle funkční diagnostiky je rehabilitační plán rozdělen na krátkodobý a dlouhodobý. V průběhu hospitalizace se funkční diagnostika hodnotí a podle ní se upravuje plán. Po stabilizaci stavu je nemocný přeložen na lůžkové rehabilitační oddělení, kde rehabilitace pokračuje už jen krátkou dobu. Na závěr hospitalizace by mělo dojít ke zhodnocení pobytu a návrhu změny na bezbariérový byt. Poté by měl být pacient propuštěn domů, vybaven kompenzačními pomůckami a znalostmi o svém stavu. Úkolem rehabilitace je umožnit důstojný život a optimálně pacienta integrovat zpět do společnosti. Prioritou je, aby byl pacient schopen vykonávat ve stejné míře denní aktivity života jako před onemocněním. (Kalvach a kol., 2010; Feigin, 2007)

2. 2 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým posuzuje stav pacienta a navrhuje vhodnou léčbu. Společným cílem je navrácení soběstačnosti pacienta. Tým je tvořen lékařem, všeobecnými sestrami, logopedem, nutričním terapeutem, geriatrem (jde-li o staršího pacienta), fyzioterapeutem, ergoterapeutem a sociálním pracovníkem. (Feigin, 2007)

- **Lékař**

V akutní fázi lékař určuje medikaci a léčbu, včetně nutričního programu a sleduje stabilizaci zdravotního stavu. Jeho úkolem je předcházet komplikacím zdravotního stavu pacienta a při vzniku komplikací minimalizovat jejich důsledky. Konkrétní lékař, který se stará o pacienta je neurolog, internista nebo geriatr – ten zodpovídá za zhodnocení klinického stavu, přesnou diagnózu a celkový obsah péče, včetně sledování přidružených chorob. Rehabilitace by měla být koordinována rehabilitačním lékařem.

- **Všeobecné sestry**

Všeobecná sestra je velmi důležitým a nezbytným členem týmu. V akutní fázi je to ona, kdo je v neustálém kontaktu s pacientem. Zná základy rehabilitačního ošetřovatelství, zodpovídá za každodenní kontrolu a sledování pacientova pokroku. Pomáhá mu s každodenními aktivitami. Protože je s pacientem nejčastěji a nejdéle, musí mít základy z fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a speciální pedagogiky. Udržuje kontakt s dalšími členy týmu, včetně rodiny a průběžně je informuje o změnách.

- Logoped

Ve spolupráci s foniatrem určuje logoped příčiny poruch řečových funkcí a poruch polykání. Mezi jeho činnosti patří i rada pacientovi a ošetrovatelskému personálu týkající se bezpečného polykání a vhodné konzistence jídla a pití. Pokud existuje riziko aspirace, může doporučit speciální stravu, asistenci sestry při jídle. V rámci rehabilitace se zabývá afázií (neschopnost mluvit), dysartrií (porucha motorické realizace řeči) a dysfonií (porucha tvorby řeči a užití hlasu), které jsou vážným důsledkem cévní mozkové příhody. Logoped se dále stará o orofaciální oblast, kdy ve spolupráci s ergoterapeutem provádí orofaciální terapii.

„Orofaciální terapie napomáhá normalizaci svalového tonu mimického svalstva, jazyka, hlubokých krčních svalů, ovlivňuje polykání, regulaci slinotoku. Důležité je i smyslové vnímání.“ (Kalvach a kol., 2010, s. 369)

Základní postupy spočívají v aktivaci mimického svalstva (taktilní, termická, vibrační a kinestetická stimulace), mobilizaci krční páteře a terapii dutiny ústní (masáž dásní, pasivní pohyb svaloviny tváří, mobilizace jazyka a stimulace selektivních pohybů jazyka). Zlepšením komunikace dochází k lepším podmínkám pro spolupráci pacienta a multidisciplinárního týmu. Logoped by měl doporučit, jak by měli ostatní členové týmu komunikovat s pacientem. Porucha komunikace často stresuje pacienta více než motorické postižení.

- Nutriční terapeut

Úkolem nutričního terapeuta je sledování nutričního stavu pacienta. Zajišťuje bezpečnou a adekvátní výživu. Stará se i o příjem tekutin a složení stravy. Určuje přechod z umělé výživy na výživu perorální. I po přechodu na perorální výživu musí ale pacienta dále sledovat po nutriční stránce. Zajištění nutriční podpory má pozitivní vliv na poiktové komplikace pacienta i na jeho celkovou prognózu.

- Geriatr

Cévní mozková příhoda nejčastěji postihuje starší populaci. Ti mají mnoho dalších onemocnění. Léčba je u nich rozdílnější než u lidí mladšího věku. Proto se v týmu často uplatní i geriatr.

- Fyzioterapeut

Fyzioterapeut hodnotí a zahajuje léčbu problémů s pohybem a smysly. Určuje a zajišťuje technické pomůcky, které pacient v dané fázi rehabilitačního procesu potřebuje. Jedním

z cílů je zabránit nebo omezit vznik kontraktur u pacientů se spasticitou. Aktivně se podílí na navrácení hybnosti postižených. Nacvičuje s pacientem lokomoci (schopnost pohybu). Od začátku provádí s pacientem pasivní cvičení, které postupně zaktivňuje, až je pacient schopen cvičit sám. Při komunikaci s pacientem mu udává krátké a snadno srozumitelné pokyny. Zabývá se potížemi se svalovou silou, sezením, pohyblivostí na lůžku, chůzí, koordinací a rovnováhou, hmatem a celkovou kondicí.

- Ergoterapeut

Ergoterapeut se zabývá diagnostikou a terapií soběstačnosti v běžných denních aktivitách, tréninkem kognitivních funkcí a výběrem vhodných kompenzačních pomůcek. Pomáhá s návrhem bezbariérových úprav v bytě. Vlivem provádění běžných denních činností si pacient osvojuje pohybové stereotypy, které jsou důležité nejen pro úpravu hybnosti, ale i pro obnovu poruch čítí. Mezi základní činnosti patří: oblékání, svlékání, osobní hygiena, vyprazdňování, příjem jídla a pití. Instrumentální běžné denní činnosti zahrnují domácí práce, nakupování nebo transport.

- Sociální pracovník

Hlavními úkoly sociálního pracovníka jsou spolupráce s rodinou, zjišťování všech důležitých skutečností, které mohou mít vliv na průběh rehabilitace. Může pomoci zvládnout emoce a sociální následky mozkové příhody, změny v životním stylu, ve vztazích, zaměstnání, finančních příjmech. Informuje rodinu o výhodách a možnostech získání sociálních dávek. Poskytuje kontakt na komunitní asistenční služby a agentury sociální pomoci v oblasti bydliště nemocného.

- Další členové týmu

Mezi další členy týmu je možné zařadit psychologa nebo psychiatra, který se podílí na zvládání psychiatrických a vážných psychologických problémů.

Členem týmu může být i protetik. Zajišťuje individuálně vyráběné protézy, ortézy, kompenzační pomůcky, kalceotonika (speciální individuálně vyráběná obuv, ortopedické vložky). Mezi kompenzační pomůcky, které protetik zajišťuje, lze zařadit: vozík, chodítka, berle, nástavce na vanu, WC, toaletní křesla, podavače, nástavce na zubní kartáčky nebo hřebeny, speciální přístroje, protiskluzové podložky ad. Pro nesoběstačné pacienty může zajistit zvedáky do koupelny nebo polohovací lůžko.

Pokud funguje součinnost všech členů multidisciplinárního týmu, může dojít k navrácení soběstačnosti pacienta a jeho začlenění zpět do společnosti. Bohužel někdy i bezchybná spolupráce týmu nevede ke znovuobnovení soběstačnosti. Důvodem může být těžké postižení mozku iktem, ke kterému dochází, když není pacient dostatečně brzy po objevení se prvních příznaků přepraven do nemocnice. V takovou chvíli je úkolem zdravotníků alespoň co nejvíce zmenšit závislost postižené osoby. (Feigin, 2007; Kalvach a kol., 2010)

2. 3 Diagnostika následků cévní mozkové příhody

Pro volbu správného léčebného programu je nutná správná diagnostika poruch. Hodnotí se stav pohybových schopností, koordinace, výkonnost, schopnost aktivní spolupráce a typ osobnosti. K získání údajů existuje mnoho testů. K testování stavu poruch dochází před, při i po léčbě. Děje se tak v procesu průběžného hodnocení, tvorby cílů, plánu terapie a vyšetření.

- **Měření poruchy motoriky**

Základní kineziologický rozbor daného stavu je podkladem pro návrh terapie. Označení „lehká, střední, těžká paréza“ je neodpovídající hodnota. Pro zjištění poruch motoriky je proto lepší používat testy. Pro pacienty po cévní mozkové příhodě je vhodný například „test pracoviště Chedoke McMaster Rehabilitation Centre“, který poskytuje validní, spolehlivá a citlivá data. Je lehce aplikovatelný do praxe. (Kalita a kol., 2006)

„Hodnotí: kvalitu povrchové a hluboké citlivosti, stav vědomí, sedmistupňovou škálou kontrolu rovnováhy, postižení paže, včetně bolesti ramene, postižení ruky, dolní končetiny, nohy, celkovou hybnost a chůzi. Jednotlivé postižení má sedmibodové skóre s popisem dané funkce. Je vhodný pro měření změn stavu u osob s hemiplegií.“ (Kalita a kol., 2006, str. 490)

- **Hodnocení psychického stavu**

Screening psychického stavu je dobrý pro stanovení reálných cílů rehabilitace. Pro diagnostiku jsou vhodné testy Mini - Mental State Examination (MMSE) a Test kreslení hodin (CCT).

Mini – Mental State Examination (MMSE)

MMSE je vhodný pro screening poruch postižení mozku. Hodnotí orientaci, krátkodobou paměť, pozornost, schopnost pojmenování objektů, čtení, psaní, vizuálně-konstruktivní schopnosti. Je rychlý a jednoduchý. Dává informaci, zda je pacient schopen pochopit

podávané informace a udržet je v paměti. Je vhodný pro vyšetření demence, viz Příloha C: Hodnocení psychického stavu. (Kalita a kol., 2006; Schuler & Oster, 2010)

Test kreslení hodin (CCT)

Test kreslení hodin je vhodný pro vyšetření funkčních poruch mozku. Hodí se i pro průběžnou kontrolu stavu kognitivních funkcí. Při normálním nakreslení ciferníku jsou ve velké míře vyloučeny kognitivní deficity (časná diagnóza demence). Předpokladem pro provedení testu je korigované vidění nablízko. Testovaná osoba musí nakreslit hodiny, do nich vepsat čísla všech hodin a na závěr nakreslit ručičky na pozici 10 minut po 11. hodině. Testovaný pak dostane po bodu za nakreslení kružnice hodin, za všechna čísla ve správném pořadí, za všechna čísla na správných místech, za dvě ručičky na hodinách a za správný čas. Celkem tedy testovaný může získat 5 bodů. Normální skóre je 4 – 5 bodů. (Schuler & Oster, 2010)

- Testování aktivity

V rámci testování aktivity se sleduje, jak je pacient schopný provádět běžné denní činnosti. Stanovuje se úroveň mobility, schopnost přijímání potravy, oblékání, péče o zevnějšek, kontinence moči a stolice ad. K diagnostice soběstačnosti se nejčastěji využívá „Test Barthelové (BI - Barthel index)“ nebo „Test funkční soběstačnosti (FIM – functional independence measure)“, který vychází z testu Barthelové, viz Příloha D: Barthel index a Příloha E: Hodnocení funkční soběstačnosti.

- Testování handicapu, hodnocení kvality života

Hodnocení handicapu je nejobtížnější. Představuje následky zdravotních problémů na sociální úrovni. Hodnocení kvality života je způsob, jak je postižená osoba zapojena do různých životních situací. Test by měl být proveden na začátku léčby, aby pak bylo možné vyhodnotit změny v kvalitě života, které časem nastaly. Mezi užívané testy patří „Craig Handicap Assessment Reporting Technique (tzv. CHART)“. Provádí se formou rozhovoru, protokol byl vypracován pro hodnocení velikosti handicapu dle kritérií WHO. Obsahuje 6 oblastí důležitých pro účast ve společnosti – nezávislost poznávacích funkcí, fyzická nezávislost, pohyblivost, zaměstnání, sociální začlenění a ekonomická soběstačnost. CHART je schopen ukázat, jak jedno postižení může nebo nemusí bránit plnění role ve společnosti. Je schopen změřit, jak efektivní rehabilitace a další sociální programy jsou v dosažení nejdůležitějších cílů. Jeho provedení trvá přibližně 15 minut. Dalším testem je tzv. „Short Form – 36 (SF – 36)“. Pacient sám hodnotí vnímání vlastního

zdraví a fyzické omezení v oblasti orientace, mobility, fyzické závislosti, ekonomické soběstačnosti, zaměstnání a sociální integrace. Je vhodný i pro testování kvality života pacienta s iktem, viz Příloha F: Testování kvality života. (Kalita a kol., 2006; Whiteneck at al., 2011)

2. 4 Zásady léčby

V rámci léčby pacienta po cévní mozkové příhodě by měl každý zdravotník mít na mysli, kromě obnovení soběstačnosti a návratu postiženého do společnosti, i motivaci pacienta.

○ Zahájení léčby

V průběhu akutní fáze je nejdůležitější záchrana života pacienta. I přesto je ale nutná prevence kontraktur a proleženin správným polohováním a pohybovými aktivitami. Ve chvíli, kdy je pacient stabilizován, může začít aktivní spolupráce pacienta při terapii. Cíle jsou: zabránění vzniku abnormálních pohybových vzorců a učení pacienta, aby se naučil používat postiženou stranu těla.

○ Stupně rehabilitačního programu

- Vývoj kontrolovaného pohybu je od proximálního pohybu k distálnímu. Proto by se nejdříve mělo pracovat na obnovení kontrolovaných pohybů horní poloviny těla a ramene, až poté dolní poloviny těla a kyčle.
- Všechny pohyby by měly probíhat ve stupních – pasivní pohyb, po něm asistovaný aktivní pohyb, nakonec pohyb aktivní. Ve chvíli, kdy je zotavení dostatečné, může pokračovat posilování pomocí rezistenčních cviků.
- Prováděním sekvence cvičebních postupů se dosahuje pokroku při poiktové rehabilitaci. Ty se shodují se vzory vývoje motoriky v kojeneckém období života, například: přetáčení, sezení, stání, chůze nebo přetáčení, otočení na břicho, podpírání, stání, chůze.
- Provádění každodenních činností vede k soběstačnosti pacienta (vstávání u lůžka, chození na toaletu, rovnováha při sezení)
- Kontrolovaný pohyb ruky je možné provést až po provedení kontrolovaného pohybu ramene a lokte.
- Používání smyslových vjemů (hlas, dotyk, zrak)

Při rehabilitaci je velmi důležité používat smyslové vjemy. Verbální vstup pomáhá k využití sluchových vjemů. Příkazy musí být krátké a srozumitelné. Instruktor musí dát pacientovi čas na zpracování, například může pacienta požádat, aby přemýšlel nad

pohybem a poté se ho pokusil provést. Vizuální vstup je také důležitý. Je vhodné umístit do místnosti, kde se pacient vyskytuje, velké zrcadlo, aby se sám viděl. (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004)

3 Domácí péče

3. 1 Pojem „domácí péče“, cíle domácí péče

„Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (MZČR, 2004, str. 15)

Mezi cíle domácí péče patří poskytnutí kvalitní, dostupné, efektivní zdravotní péče a pomoci pacientovi v maximálním rozsahu v jeho vlastním sociálním prostředí. Dále eliminace vlivu nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotním stavu pacienta. (MZČR, 2004)

3. 2 Péče o nemocného po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí

Postižení člena rodiny cévní mozkovou příhodou je vždy velkým zásahem do života rodiny. Pokud jde ještě o výdělečně činného člena, má to i vysoký ekonomický dopad na celou rodinu. Riziko velmi zhoršeného zdravotního stavu a pracovní schopnosti, stejně jako zhoršení schopnosti sebeobsluhy oproti stavu před iktem je u pacientů vysoké. Třetina pacientů, kteří přežijí 5 let od první mozkové příhody, zůstává invalidní. (Kalita a kol., 2006)

Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je různá dle stavu, ve kterém pacient přichází domů. Může být propuštěn přímo z nemocnice nebo je z nemocnice přeložen do rehabilitačního zařízení a odtud po určité době domů. V době, kdy je pacient v rehabilitačním zařízení, rodina nemocného by měla připravit místo, kde pacient bude bydlet po propuštění, například upravit koupelnu, odstranit prahy, pokud je to možné pořídit výtah na schody pro přesuny vozíčkáře. Vše se ale odvíjí od stavu nemocného. Někdy je pacient plně imobilní. V jiném případě může být chodící a má problém například „jen“ s jemnou motorikou. Rodina musí být poučena, co všechno péče o nemocného obsahuje a měla by

potřebné techniky ovládat. Zároveň by měla být zajištěna rehabilitace agenturou domácí péče v místě bydliště nemocného. Je vhodné, aby nemocný a jeho rodina vedli deník s pokroky nemocného. (Feigin, 2007)

- Oblasti péče

Mezi základní oblasti při péči o pacienta, který prodělal vážnější formu iktu, patří polohování a fyzioterapie, prevence tvorby krevních sraženin. Dále je to péče o kůži, zajištění hygieny, péče o oči a dutinu ústní, prevence bolestí ramene, vstávání a pohyb po okolí, polykání a příjem potravy, zvládání problémů s řečí a psaním. Poté ovládání močového měchýře a střev, zvládání problémů se smysly a zvládání běžného života. Pečovatel by neměl zapomínat na péči o spánek a odpočinek nemocného.

- Polohování a fyzioterapie, prevence tvorby krevních sraženin

Správné polohování má vliv na prevenci vzniku krevních sraženin a dekubitů. Nemocný by měl mít vhodnou matraci. Polohování by mělo probíhat každé 2 - 3 hodiny. K polohování se mohou použít jednoduše polštáře, ale i různé další pomůcky. Pečující by neměl zapomínat na malé klouby, které je stejně nutné polohovat jako klouby velké. Fyzioterapie spočívá v provádění cviků, které pomohou nemocnému obnovit pohyb. Patří sem také masáže ochrnutých končetin. Nácvik pohybu v lůžku, hlavně posazování, je nemocný schopen zvládnout přibližně do týdne. K urychlení mu pomáhá, když ho pečující povzbuzuje. Povzbuzování a pochvala mají všeobecně velký význam v péči o nemocného. Jeho psychika je tím pozitivně ovlivněna. Je vhodné v každém dni nacházet pokrok a ten zapsat do deníku. Když je nemocný schopen sedět, lépe se mu dýchá i polyká. Při sezení by měla být slabá ruka podložena polštáři.

- Péče o kůži a zajištění hygieny

Pravidelné a pečlivé ošetřování kůže je důležité pro prevenci dekubitů a kožních infekcí. Kůže by měla být udržována v suchu a čistotě. Imobilní a sedící nemocní by měli být častěji polohováni, aby se předešlo vzniku dekubitů. Nejvíce ohrožená místa pro vznik dekubitů jsou oblast kosti křížové, boky, paty, lokty, oblast lopatek a ramenních kloubů. U člověka pohyblivého v lůžku je možné s hygienou jen dopomoci. Pokud je nemocný nesoběstačný, pak musí hygienu provést ten, kdo o něj pečuje. Při hygieně je velmi důležité, aby člověk, který o nemocného pečuje, pravidelně kontroloval místa, kde mohou vzniknout opruzeniny nebo dekubity. K hygienické péči patří ranní a večerní umývání,

česání vlasů, holení vousů, čištění zubů, stříhání nehtů, mytí vlasů, celková koupel, pravidelné střídání prádla.

- Péče o oči a dutinu ústní

Péče o oči spočívá v jejich prokapávání. Pokud má nemocný se sníženým vědomím dlouhou dobu otevřené oči, mohou mu vyschnout. To vede k infekcím očí nebo tvorbě vředů rohovky. Aby se tomu zabránilo, je vhodné používat oční zvlhčovače nebo masti a oči zakrývat gázovými čtverci. V péči o dutinu ústní, zvláště pokud nemocný špatně polyká nebo není schopen se sám napít, se mohou ústa vytírat zvlhčovacím roztokem.

- Prevence bolestí ramene

Pro prevenci bolestí ramene je důležité myslet hlavně na to, aby nikdo netahal nemocného za ochrnutou paži nebo ruku. Je nutné správné a pravidelné polohování, podpora ochrnuté ruky a nepřepínání ramenního kloubu.

- Vstávání a pohyb po okolí

Ve chvíli, kdy je nemocný schopen sedět, je možné ho přesouvat do pohodlné židle nebo křesla. Pokud je to možné, měla by pohyblivost postupovat od sedu v lůžku, přes posazování s nohama spuštěnými z lůžka, stoj u lůžka, pohyb k židli, sed na židli, po chůzi po hladkém povrchu. Pro nemocného je životně důležité, aby se snažil dostávat z jedné úrovně na další. Proto je zde velmi důležitá podpora a povzbuzování pečujícího. Nejlepším vodítkem pro určení, kdy se posunout na další úroveň je schopnost tolerance úrovně, které už bylo dosaženo. To znamená, pokud je aktivita dobře snášena nejméně jednu minutu, je možné se posunout o úroveň výš.

- Polykání a příjem potravy

Přijímání potravy je základní životní potřeba. Člověk ke své denní výživě potřebuje tolik potravy, kolik spotřebuje energie. Potrava by měla obsahovat všechny látky důležité pro člověka. Strava by měla být pestrá a pravidelná (5 – 6 x za den). Pokud má nemocný problémy s polykáním, může pečující tekutiny zahušťovat. Při neschopnosti nemocného se sám najíst, ho musí pečovatel nakrmit. Někdy se stává, že nemocný není schopen jíst ústy a už z nemocnice přijíždí se zavedeným PEGem (perkutánní endoskopická gastrostomie). Je důležité, aby byl pečovatel schopný o PEG pečovat. Do PEGu se smí dávat jen speciální výživná tekutina ve tříhodinových intervalech s šestihodinovou pauzou v noci. Pokud je

nemocný schopen jíst sám, ale má problémy s úchopem, alespoň zpočátku se doporučuje používat talíře s vysokým okrajem a speciálně upravené přístroje.

- Zvládání problémů s řečí a psaním

Problém, který postihuje téměř všechny nemocné po cévní mozkové příhodě, je nějaká porucha řeči a problémy s psaním. U nemocných, kteří mají ochrnutou pravou polovinu těla, často přetrvává delší dobu porucha řeči. Lidé mající problémy s řečí také snadno podléhají depresím nebo frustraci. Pečující by se měl řídit radami logopeda. Ten může navrhnout rehabilitační cvičení řeči, jako je poslouchání hovoru druhých, snaha komunikovat, včetně psaní, kreslení, gest ad. Pomáhá i diskuze o přátelích, prohlížení a popis fotografií, cvičení v opakování vět. Je důležité nemocného zapojovat do všech činností a situací, které v rodině probíhají (stolování, přijímání návštěv...). Zároveň by ale neměl být zatěžován každodenními detaily, které by ho unavovaly nebo znepokojovaly.

- Ovládání močového měchýře a střev

Inkontinence moči a stolice bývá v prvních týdnech po iktu častá. U většiny nemocných se však činnost plně obnoví během několika dalších týdnů. Výměna plen nebo plenkových kalhotek, které nemocný musí mít, se provádí podle potřeby. V případech, kdy není možné udržet nemocného v suchu a čistotě, musí být zaveden permanentní močový katétr. Je tu však vysoké riziko vzniku infekce, zvláště pokud se cévka musí zavést na delší dobu. Pacient nebo pečovatel se musí naučit, jak cévku udržovat v čistotě.

Vyprazdňování střev ovlivňuje mnoho faktorů (věk, složení stravy, příjem tekutin, léky, aktivita, soukromí při vyprazdňování...). Jako u každého člověka, je i u nemocného žádoucí, aby byla stolice pravidelná, tj. alespoň jednou za 2 – 3 dny. Protože je nemocný upoután na lůžko, není pohyblivý, má zvýšené riziko vzniku zácpy. Pečující by jí měl předcházet podáváním dostatečného množství tekutin, správnou skladbou stravy, a pokud je to možné, měl by nemocného nutit k pohybu. Při zácpě může nemocnému pomoci úpravou stravy (nenadýmavá strava s dostatkem vlákniny a tekutin). Pokud problémy přetrvávají, mohou být nemocnému podány léky změkčující stolicí, čípky nebo klyzma.

- Zvládání problémů se smysly

Smysly mohou být postiženy mnoha způsoby. Může jít jen o poruchu citu v jedné části těla, která nemocného neomezí v každodenních aktivitách. U nemocného se může objevit hemianopie (ztráta poloviny zorného pole) nebo může trpět poruchou prostorové orientace.

Často trpí frustrací, protože ví, že ignoruje to, co nevidí na postižené straně. Naráží, nevidí nebo nepoznává subjekty přibližující se z postižené strany. Někdy může být hemianopie nebo porucha prostorové orientace jediným následkem po cévní mozkové příhodě. Vzácněji se u nemocných objevuje neglect syndrom. Jde o nevšímání si věcí na jedné straně. Člověk takto postižený si například obleče nebo vysvěče jen na jedné polovině těla nebo sní jídlo jen na jedné půlce talíře. Při problémech s prostorovou orientací si takto nemocný člověk nemusí uvědomovat zvuky přicházející zleva, nemusí poznávat své blízké nebo nemusí zvládnout složitější úkony jako například oblékání nebo vaření kávy. Možností, jak řešit tyto problémy je, pořídit zrcadlo zobrazující celou postavu. Kdokoliv mluví s nemocným, měl by stát spíše z nepostižené strany. Při poškození thalamu se v některých případech může rozvinout centrální bolest. Pacient bolest popisuje jako palčivou, bodavou, vystřelující bolest v ochrnuté části těla. Často nejhorší jsou projevy v rukách a nohách. Bolest je těžko řešitelná. Nutná je konzultace s neurologem.

- Zvládání běžného života

Nemocný by měl co nejdříve začít dělat aktivity, které dělal před onemocněním. I přesto, že z počátku potřebuje pomoc, pečující by ho měl povzbuzovat a motivovat, aby to, co zvládne, dělal sám. Postupně by mělo dojít k obnovení soběstačnosti nemocného. Je důležité vědět, že nemocní po mozkové příhodě jsou velmi citliví ke změnám svého okolí a své situace. Měli by být vybízeni, aby o svých obavách mluvili. Když tyto obavy trvají, mohou vést k odmítnutí léčby nebo ke snížení motivace nemocného se uzdravit.

- Spánek a odpočinek

Spánek je velmi důležitý pro obnovu organismu. Zajištění spánku a odpočinku v domácím prostředí by neměl být velký problém. Jedním z hlavních faktorů spánku je totiž to, že člověk spí ve své posteli a je doma. Dalšími faktory jsou: absence hluku, věk, bolest, aktivita, dodržování spánkových rituálů. Je nutné, aby nemocnému byl dopřán dostatek kvalitního spánku a odpočinku.

Péče o imobilního nemocného je velmi náročná. Každý, kdo se rozhodne pečovat o nemocného, by měl být podrobně informován, co tato péče obnáší. Také by ho měl odborný zdravotnický personál naučit činnosti, které bude muset provádět. (Feigin, 2007; Bolte Taylor, 2010; Mikšová, a další, 2006)

3. 3 Role rodiny v péči o nemocného po cévní mozkové příhodě

Role rodiny v péči o nemocného je nesmírně důležitá. Rodinou se nemyslí jen úzká rodina, ale mohou to být i blízcí přátelé nebo širší rodina. Samotní členové podílející se na rehabilitaci nemocného, potřebují v každé fázi psychosociální a praktickou oporu. Rodinní příslušníci by měli být neustále informováni o všem, co se děje s jejich nemocným členem. Také by měli být edukováni v péči o nemocného. Je doporučeno, aby nejbližší člen nemocného sledoval činnost zdravotníků a poté se pod jejich dohledem těmto činnostem naučil. Úloha rodiny je nejdůležitější ve chvíli, kdy pacient opouští nemocnici a vrací se domů. Měli by nemocného povzbuzovat a motivovat, aby se co nejdříve vrátil do aktivního života. Nemocný musí být ujišťován, že o něj rodina stále stojí a že je potřebný, že je pro ni důležitý a že stále patří do její sociální struktury. Pro rodinu může být takový stav některého jejího člena velkým stresem. Péče v domácím prostředí je pro rodinu fyzicky, citově, ale i finančně velmi náročná. V rámci péče o nemocného by měla být zařízena domácí péče – sestra, která vykonává odborné činnosti spojené se stavem nemocného a také kontroluje jeho stav. Kromě domácí péče může rodina využít rodinné poradenství, které je v individuální formě nebo ve formě skupinových sezení. (Feigin, 2007)

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumný problém

Jaké má rodina problémy v péči o nemocného člena? Způsobuje postižení člena rodiny iktem nějaké změny v jejím chodu? Mají rodinní příslušníci nějaké zkušenosti s péčí o člověka po mozkové příhodě? Co získá pečovatel s odstupem času? Musí se pečovatel vzdát svých aktivit? Co prožívá rodinný pečovatel? Má pečovatel možnost si oddechnout od péče?

4. 1 Cíle

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaký vliv má ošetřování člena rodiny po mozkové příhodě na její život.

Ve vztahu k hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle:

C1: Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena bezprostředně po propuštění.

C2: Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě bezprostředně po propuštění.

C3: Zjistit, jaké má rodinný příslušník zkušenosti v péči o nemocné.

C4: Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena 2-3 měsíce po propuštění.

C5: Zjistit, čeho se pečovatel/ka musel/a vzdát a co získal/a s odstupem času.

C6: Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě 2-3 měsíce po propuštění.

4. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro kvalitativní výzkum jsem získala 3 respondenty rodin pečujících o nemocné po cévní mozkové příhodě. Vzorek jsem původně plánovala získat přes agenturu domácí péče. Ta ale neměla v té době žádné pacienty krátce po propuštění do domácího prostředí. Respondenty jsem proto vyhledala přes kontakty svých přátel a známých.

Hlavní kritéria pro výběr respondentů:

- pacient po cévní mozkové příhodě
- 1-2 týdny po propuštění do domácího prostředí
- pečovatel ochotný sejit se se mnou dvakrát v rozmezí několika měsíců

Respondentem byla v prvním případě dcera, která se stará o svou matku, v druhém případě se jednalo o manžela a ve třetím případě o manželku.

Představení respondentů a nemocných:

Pro snadnější orientaci jsem respondenty označila: respondentka L., respondent H. a respondentka P.

Respondentka L. žije v České Lípě. Stará se o svou maminku, která prodělala cévní mozkovou příhodu v únoru 2011. Poté byla do listopadu 2011 v nemocnici a na rehabilitačním oddělení. Maminka moc nemluví. Podle výpovědi respondentky řekne pouze „ano“ nebo „ne“. Maminka je ochrnutá na pravou polovinu těla a špatně se hýbe. Mozkovou příhodu prodělala v noci, pomoc přijela až ráno. Respondentka své mamince věnuje většinu svého volného času. Bydlí s rodiči, i přesto, že má svoji rodinu. V průběhu všedních dnů chodí na 2-3 hodiny do práce.

Respondent H. žije v Hradci Králové. Manželka, o kterou se stará, prodělala cévní mozkovou příhodu na konci srpna 2011. Do domácího ošetřování byla propuštěna začátkem prosince 2011. Manželka respondenta H. je ochrnutá na levou polovinu těla. Jezdí na vozíku a je s ní možná komunikace. Respondent H. se o svou manželku stará přes 30 let, protože manželka trpí onemocněním postihujícím nosné klouby. Sám respondent říká, že se toho až tak moc nezměnilo v péči o ni. Jen mu přibyly další činnosti, které nyní musí vykonávat. U respondenta se nedávno potvrdila diagnóza Parkinsonovy choroby. To je pro něj velmi zásadní, ale zatím péči zvládá. Oba manželé jsou v důchodu.

Respondentka P. žije v Praze. Stará se o svého manžela, který prodělal cévní mozkovou příhodou na konci srpna 2011. Do domácího ošetřování byl propuštěn začátkem prosince 2011. Manžel respondentky P. je částečně ochrnutý na pravou polovinu těla. Normálně komunikuje, trochu hůř chodí a špatně ovládá pravou ruku. Prodělal dvě mozkové příhody v 1 týdnu. Má pevnou vůli a jeho stav se zlepšuje. Jelikož je povoláním restaurátor, ruku potřebuje. Žádal o invalidní důchod, který mu ale nebyl přiznán. Nyní je v předčasném důchodu. Respondentka se díky péči o manžela musela vzdát práce. Oba pracovali doma. Respondentka na to nyní nemá čas, ani klid.

4. 3 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od listopadu 2011 do února 2012. Výzkumu předcházelo získání souhlasu respondentů, kteří by byli ochotni se mnou mluvit o péči. S respondenty, se kterými jsem se spojila přes telefon nebo e-mail, jsem si domluvila schůzku na určitý den. Většinou byl výzkum prováděn v odpoledních hodinách. První respondent pochází z České Lípy, druhý z Hradce Králové, třetí je z Prahy. S respondenty jsem se sešla v jejich domácím prostředí. Ve dvou, ze tří případů byl buď po celou dobu interview, nebo jen v jeho části přítomen i sám nemocný. Nemocný občas do interview zasahoval svými pocity a upřesněními.

4. 4 Metody výzkumu

Byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Stěžejní metodou pro získání informací byl moderovaný rozhovor neboli interview. Jednalo se o polostrukturované interview.

Interview

Interview patří mezi nejobtížnější, ale zároveň nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Při interview je důležité, aby nebyli respondent ani tazatel, rušení. V rámci terminologie se pro výzkum doporučuje používat termín interview, spíše než rozhovor. Rozhovor je forma běžné komunikace. Interview je moderovaný rozhovor prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie. Důležitým znakem interview je, že ho nelze používat bez kombinace s metodami pozorování. Bez kvalitního pozorování není dosaženo kvalitního interview.

Interview se dělí na 3 druhy: *nestrukturované interview*, *polostrukturované (semistrukturované) interview* a *strukturované interview*. Důležitým faktorem je denní doba. Úzce souvisí s prostředím, kde se interview odehrává. Tazatel by se s dotazovaným měl dohodnout na době a prostředí, které bude pro oba neutrální a musí respektovat zvyklosti dotazovaného.

Polostrukturované interview je nejužívanější formou. Dokáže řešit nevýhody plně strukturovaného i nestrukturovaného interview. Vyžaduje náročnější přípravu. Tazatel si stanovuje schéma otázek, které je pro něj závazné. V průběhu interview může tazatel zaměňovat pořadí otázek. Při dotazování je možné klást i doplňující otázky, které umožní tazateli lépe pochopit, co chce respondent říci. Důraz je kladen na přirozený autentický projev tazatele. (Miovský, 2006)

Pro výzkum jsem zvolila metodu polostrukturovaného interview. Důvodem byla hlavně možnost kladení doplňujících otázek a možnost volby průběhu interview. S každým respondentem jsem provedla dvě interview. První, 1-2 týdny po propuštění nemocného člena do domácího prostředí. Druhý, 2-3 měsíce poté. Účelem bylo sledovat, jak se péče vyvíjí, jak se rodina přizpůsobila situaci. Výzkumné otázky, které jsem si stanovila, jsem podle dílčích cílů rozdělila do 2 skupin. První skupinu tvoří otázky V1 - V13, které se týkají doby 1-2 týdnů po propuštění. Druhou skupinou jsou otázky V14 - V22 vztahující se k období 2-3 měsíců po propuštění. Některé otázky se úmyslně opakují, abych zjistila, co se změnilo.

Formulace výzkumných otázek

1-2 týdny po propuštění

C1 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena bezprostředně po propuštění.

V1 Musel/a jste něco změnit v domácnosti? Něco přestavět?

V2 Musel/a jste se něčeho vzdát? (aktivity)

V3 Kolik se vás bude střídat v péči o vašeho nemocného člena?

C2 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě bezprostředně po propuštění.

V4 Co vás vedlo k rozhodnutí vzít si vašeho nemocného člena domů?

V5 Co myslíte, že vás čeká?

V6 Máte z něčeho strach?

V7 Jak dlouho myslíte, že bude trvat, než se váš nemocný člen vrátí zpátky do aktivního života?

C3 - Zjistit, jaké má rodinný příslušník zkušenosti v péči o nemocné.

V8 Máte ve svém okolí někoho, kdo zažil podobnou životní situaci?

V9 Máte nějakou osobní zkušenost s tímto typem péče nebo jste ji doma zažil?

V10 Jaké je vaše zaměstnání?

V11 Máte v rodině zdravotníka?

V12 Kdo vás naučil, jak pečovat o vašeho nemocného člena?

V13 Máte někoho, s kým se můžete poradit v situacích, kdy si nebudete vědět rady?

2-3 měsíce po propuštění

C4 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena 2-3 měsíce po propuštění.

V14 Co se změnilo od doby, kdy jsme se viděli naposledy?

V15 Jak zvládáte péči o vašeho nemocného člena?

V16 Pomáhá vám někdo z rodiny?

C5 - Zjistit, čeho se pečovatel/ka musel/a vzdát a co získal/a s odstupem času.

V17 S odstupem několika měsíců, máte pocit, že vás tato životní situace něčemu naučila?

V18 Co vám vzala tato životní situace?

V19 Máte kde čerpat energii pro péči?

C6 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě 2-3 měsíce po propuštění.

V20 Dokázal/a jste si dopředu představit, že budete vykonávat činnosti, které jsou většinou v náplni práce zdravotnického personálu?

V21 Dokážete tyto činnosti zvládat?

V22 Jak dlouho myslíte, že bude trvat, než se váš nemocný člen vrátí zpátky do aktivního života?

Zpracování dat výzkumu

Pro záznam potřebných dat jsem vše nahrávala na diktafon. Před nahráváním jsem získala souhlas od respondenta, že mohu data tímto způsobem zaznamenávat. Poté byla data vložena do počítače a byl proveden přepis do psané podoby. Zjištěná data byla podrobena analýze.

5 Analýza výsledků ke stanoveným cílům

Analýza výsledků je zpracována ve 2 částech. První část: analýza respondentů ve vztahu k cílům, druhá část: shodné body v analýze respondentů. Odpovědi respondentů jsou pro účely písemného zpracování stylisticky upraveny. Příklad jednoho rozhovoru v plném znění je uveden v Příloze G.

5.1 Analýza respondentů ve vztahu k cílům

Respondentka L.

1-2 týdny po propuštění

C1 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena bezprostředně po propuštění.

Respondentka L. se kvůli mamince vrátila do svého rodného domu. V domě museli přestavět koupelnu, aby se tam dalo zajet s vozíkem. Díky tomu, že mají zahradu, pojišťovna jim uhradila tzv. schodolez.

Respondentka L. se pro maminku vzdala svého rodinného života. Manžel je školník, a tak se nemůže odstěhovat. Původně zamýšleli, že by se o maminku starala u sebe doma. Byl ale problém s tatínkem, proto přešli k tomuto řešení. Zdá se, že situace všem vyhovuje. S manželem mají pět dětí. Momentálně vychovávají už jen nejmladšího syna. Původně respondentka L. plánovala, že se její syn přestěhuje za ní, ale on nyní nechce. Její rodina žije také v České Lípě. Jezdí za nimi každý den, po práci. Dříve se ještě starala o zahrádku. Na to teď nemá čas. O práci nepřišla. Pracuje v útulku pro psy na zkrácený úvazek.

O maminku se stará s tatínkem. Ten je ale starší. Dále v péči příležitostně pomáhají sestra a bratr respondentky L.

C2 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě bezprostředně po propuštění.

Respondentku L. k rozhodnutí starat se o maminku vedla láska k ní a jejich vzájemná blízkost. Říká, že s maminkou byly vždycky sešrané. Dále bylo důvodem to, že se maminka respondentky L. dříve starala o svou maminku a nemocného bratra, a tak by si zasloužila, aby se o ni také někdo takto staral. Respondentka L. má dva sourozence. Důvod, proč je to právě respondentka L., kdo se o maminku stará je ten, že se jí jednak chtělo, ale také bylo možné v jejím případě skloubit práci, péči a hlavně rodinný život. Bratr žije v Praze a za maminkou jezdí jednou za 14 dnů. Sestra, která žije v České Lípě,

chodí respondentce L. pomáhat. Respondentka L. říká, že když sestra přijde, cvičí s maminkou hlavně logopedii. Rehabilitaci moc nechce, protože ta je pro maminku bolestivá a sestra je citlivější. Ale pokud si maminka řekne, musí poslouchat. Všichni chtějí, aby maminka věděla, že má stále své slovo. Chtějí, aby se necítila navíc.

Respondentka L. říká, že věděla, do čeho jde. Mnoho toho odpozovala v nemocnici, měla zájem se naučit všemu, co k péči potřebuje a také se zde o maminku starala. Co se týká rehabilitační péče, švagrová – fyzioterapeut – pro ni ještě s druhou sestrou uspořádala školení. Respondentka L. je člověk, kterého moc věcí nepřekvapí. Tak nějak se vším počítá. Strach, jak ona sama říká, nemá. Švagr je lékař, takže lékařská péče je zde zajištěna.

Protože respondentka L. o maminku pečuje každý den, říká, že pokroky moc nevidí. Ty vidí lidé, kteří přicházejí na návštěvy. Říká, že neví, jestli je její nynější stav konečný nebo se může něco změnit. Nedovede to posoudit.

C3 - Zjistit, jaké má rodinný příslušník zkušenosti v péči o nemocné.

Respondentka L. nemá přímé zkušenosti s péčí. Když byla malá, viděla svou maminku, která se starala o maminku a bratra.

V jejím okolí je v podstatě jen nadřízený, který se stará o svou příbuznou po mozkové příhodě. Ovšem, jak respondentka L. sama řekla, oni mají jiný systém péče. Příbuzná nadřízeného nemá takové následky jako maminka respondentky L. Péči mají v rodině nadřízeného jednodušší.

Respondentka L. sama není zdravotník. Ale jak říká, má školu života díky výchově svých 5 dětí. Péče o maminku je v tomto směru velmi podobná péči o dítě. Kromě této zkušenosti se péči naučila i v nemocnici.

Oba její sourozenci si vzali zdravotníky, a proto se má s kým poradit, když něco neví. Švagrová - fyzioterapeut, k nim pravidelně dojíždí a radí respondentce L. po rehabilitační stránce. Manžel sestry, lékař, je maminky praktický lékař, a tak i on kontroluje stav maminky.

2-3 měsíce po propuštění

C4 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena 2-3 měsíce po propuštění.

Po několika měsících, co jsem respondentku L. znovu navštívila, jsem se dozvěděla, že maminka začala trochu více chodit. Spíše se ale nic moc nezměnilo. Ani v logopedii není žádný velký posun. Stále říká jen „ano“ nebo „ne“.

Respondentka L. je psychicky i fyzicky velmi odolná. Tvrdí, že je to krátká doba (tři měsíce), aby z toho byla více vyčerpaná. Nepřipouští si náročnost péče. Díky tomu, že je v jednom kole, nemá čas si něco takového připustit. Dříve pracovala na zahradě, a jak říká, nikdy neměla čas na to, aby se nudila.

O maminku pečuje hlavně respondentka L., dále jí pomáhají tatínek a sourozenci. **C5 - Zjistit, čeho se pečovatel/ka musel/a vzdát a co získal/a s odstupem času.**

S odstupem několika měsíců respondentka L. říká, že se naučila organizovat si čas, aby vše na sebe hezky navazovalo. Trpělivosti jí naučily děti. Vlastně sám život ji naučil a teď se jí to hodí.

Sama si myslí, že jí to nic nevzalo. Je věřící, chodí do kostela a připravuje kytky na mše. Dříve chodila na mši i v týdně, to teď nestíhá, ale nebere to jako ztrátu. Prostě je to teď jinak. Co se týká rodinného života, říká, že díky tomu, že to takto její rodina docela zvládá, ona je v klidu. Kdyby rodina nebyla v pohodě, určitě by to takto nešlo. Ani jí rodina nechybí, protože je vidí každý den.

Respondentka L. je pozitivně naladěná, hodně se směje, a také díky tomu nemá problém s energií. Čerpá ji ze všeho.

C6 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě 2-3 měsíce po propuštění.

Respondentka L. si na začátku myslela, že bude dělat více činností, než dělá dnes. Myslela si, že bude muset vařit pro svou rodinu, protože když byla maminka v nemocnici, vařila pro tatínka. Manžel se synem se ale o sebe postarali, a tak jí ubylo činností v tomto směru. S péčí nemá problém. Od začátku věděla, jaké činnosti bude muset dělat. Jedním z důvodů, proč s tím nemá problém, je i to, že má s maminkou velmi blízký vztah. Maminka také byla rok, kdy ležela v nemocnici, zvyklá, že se o ni někdo staral, a tak i tu péči od dcery přijala.

Ve stavu, v jakém je maminka teď, respondentka L. očekává, že zůstane do konce života. Nepočítá s tím, že by se stav maminky mohl zlepšit. Přála by si to, bylo by to hezké, ale nepočítá s tím.

Mé názory a postřehy:

Osobně si nedokážu představit, že bych se pro péči o blízkého vzdala rodinného života. Nedokážu si ani představit, že by má maminka odešla z domu, aby se starala o svého rodiče, i kdyby bydlela ve stejném městě. Možná taková situace může mít dobrý vliv na manželskou krizi. Respondentka L. ale nevypadala, že by něco takového prožívala. Vždyť i sama řekla, že kdyby rodina nebyla v pohodě, nikdy by ona nemohla takovou změnu podstoupit. V průběhu interview na respondentce L. nebylo vidět, že by měla s péčí a vším, co přináší, velký problém. A to i přesto, že její maminka je po těžké mozkové příhodě a její stav se mění jen velmi pomalu. Říká, že nevidí posun. Sama se tomu nedivím. V tomto je to myslím stejné, jako když roste malé dítě. Ti, kteří jsou s ním v neustálém kontaktu, nevidí, že roste. Když ho ale nevidí několik týdnů, vidí velký posun. Nechápu ale, když respondentka L. nevidí velké pokroky u maminky, jak to, že není z péče vyčerpaná už po třech měsících. Myslím, že v tomto směru má na takovou situaci velký vliv její povaha. Respondentka L. je velmi pozitivně založený člověk. Stále se směje.

Respondent H.

1-2 týdny po propuštění

C1 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena bezprostředně po propuštění.

V domácnosti respondenta H. se musel přestavět pokoj. Pro manželku jejich děti koupily polohovací postel. Jinak ale s manželkou pořídili kompenzační pomůcky, jako sedák na vanu, zvýšený nástavec na záchod nebo vozík.

Sám respondent H. tvrdí, že se svých aktivit vzdát nemusel. Rád hraje na varhany a stará se o společnou zahrádku. Tyto aktivity pěstuje už řadu let, to znamená i v době, kdy už jeho manželka potřebovala dopomoc díky onemocnění nosných kloubů, kterým trpí. Proto si na takový stav, kdy pečuje o blízkou osobu, zvykl již před časem a i podle toho si své aktivity nastavil. K tomu stihá hlídat vnoučata. Momentálně je změna v tom, že všechny aktivity stihá tak akorát.

O manželku se stará sám. Manželka je částečně soběstačná. Po mozkové mrtvici má hůře pohyblivou ruku, takže v tomto potřebuje jeho pomoc. Dále se stará o domácnost. Pere, žehlí, občas vaří. Jen v obtížnějších případech pomáhají děti.

C2 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě bezprostředně po propuštění.

Respondent H., ani nikdo jiný z rodiny nepředpokládal, že by manželka měla jít z nemocnice jinam, než domů. Kdyby byl její stav horší, i přesto by si ji bral domů, protože čekací doby na domovy důchodců jsou velmi dlouhé. O LDN vůbec neuvažovali. Manželka je doma zvyklá a on péči zvládne.

Očekává, že její stav se ještě zlepší a jeho nemoc se výrazně nezhorší. Když byla manželka v rehabilitačním zařízení, velmi se tam zlepšila a pozvali si ji ještě na jeden pobyt. Znamená to, že její stav je nadějný. Respondent H. očekává, že bude časem schopna pohybu, kterého byla před mozkovou příhodou.

Jediné, z čeho má strach je, že by se jeho choroba mohla zhoršit. V tuto chvíli obstarává celou domácnost. Uklízí, myje podlahy, schody, okna, chodí na nákupy, občas vaří a pere. Nerad by byl druhým na obtíž.

Na otázku, jak dlouho si myslí, že bude trvat návrat do aktivního života, odpověděl, že to neumí odhadnout, ale kdyby měl vystřelit, tak se to zlepší do půl roku. Ví, že změny neprijdou hned a je třeba trpělivosti. Účinek rehabilitace se projeví až po delší době.

C3 - Zjistit, jaké má rodinný příslušník zkušenosti v péči o nemocné.

Respondent H. má dlouholeté zkušenosti s péčí o svou manželku, protože se o ni stará už 30 let. Ve zdravotnickém zařízení, kde ležela jeho nemocná maminka, péči viděl. Ona mozkovou příhodu neměla, ale byla plně imobilní. Jinou zkušenost s péčí nemá.

V jeho okolí je jeden známý, který prodělal cévní mozkovou příhodu. Ten je na tom, podle jeho slov, daleko hůře. Má špatně pohyblivou celou polovinu těla. Stará se o něj manželka a jejich 4 děti.

Sám respondent H. celý život pracoval v oblasti pozemních staveb. Momentálně je už několik let v důchodu.

Zdravotníka v rodině mají. Je jím snacha, se kterou se mohou poradit, když je potřeba. Využili ji na začátku péče, kdy potřebovali kontakty. Nyní jim občas poradí ohledně léků. Protože je ale na mateřské dovolené, nechce ji respondent H. zatěžovat.

Činnosti, které vykonává u manželky, ho nikdo neučil. Sama manželka mu řekne, co má jak udělat. Když musel respondent H. na začátku péče, píchat manželce Clexane, sledoval sestru z domácí péče, která k nim docházela. S pícháním injekcí už ale zkušenost má, syn má od dětství diabetes.

Kdyby nastala situace, že by si respondent H. nevěděl rady, může zavolat snáše. Pokud by manželka nebo někdo jiný měl cévní mozkovou příhodu, respondent H. myslí, že by asi věděl, jak pomoci. Zároveň ale ví, že cévní mozková příhoda může probíhat různě. A pokud je postižený v bezvědomí, každý by v tu chvíli volal záchrannou službu.

2-3 měsíce po propuštění

C4 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena 2-3 měsíce po propuštění.

Od doby, kdy jsem se s respondentem H. viděla naposledy, jeho manželka začala lépe chodit. Nevydrží ale dlouho stát. Nebolí ji tolik v zádech, jako před několika měsíci. Postiženou ruku nemá stále rovnocennou s druhou rukou. Stále není plně soběstačná. Jak respondent H. řekl, ještě to bude dlouho trvat, než se manželka vrátí do stavu před mrtvicí.

Péči zvládá respondent H. sám. Díky tomu, že je jeho manželka pohyblivější a hlavně komunikuje, pomáhá mu v péči o sebe. Péče mu zabírá mnoho času, ale nejvíce je toho po ránu. Odpoledne nebo na večer může i odejít z bytu ven. Péče je pro něj náročná, ale zvládá ji.

Rodina mu občas vypomůže s vařením. Přes týden si obědy kupují. Moc si to oba pochvalují.

C5 - Zjistit, čeho se pečovatel/ka musel/a vzdát a co získal/a s odstupem času.

Nad otázkou, čemu ho péče naučila, velmi dlouho přemýšlel. Nakonec odpověděl, že ho péče naučila domácím pracím, které předtím nemusel vykonávat. Trpělivosti se naučil už před časem, ale sám říká, že teď je té trpělivosti potřeba více. Naučil se nikam nespěchat.

Péče mu bere hodně energie. Říká, že dříve, když si šel odpoledne lehnout, večer nemohl usnout. To teď není. Svou váhu ale přisuzuje i dalším faktorům. Když chodí zařídit věci do města, chodí, nyní v zimě, pěšky, a tak je vyfoukaný. K tomu bere antiparkinsonika, která mají jako jeden z vedlejších účinků ospalost.

Naštěstí má ale dost dalších aktivit, kde čerpá energii. Kromě spánku je to ještě hra na varhany, zpěv v chrámovém sboru, modlitba a eucharistie.

C6 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě 2-3 měsíce po propuštění.

Situaci, která přišla, bere respondent H. tak, že nemá smysl se tím zaobírat. Věděl, že až bude manželka propuštěná domů, bude se vše muset naplánovat, do té doby to ale neřešil a byl pánem svého času. Úplnou představu, jaké činnosti přesně bude vykonávat, neměl. Věděl, že manželka bude potřebovat dopomoc. Nyní všechny činnosti zvládá, a když neví, jak některé věci udělat, manželka mu poradí. Bere život tak, že nemá smysl odhadovat, co jak bude, protože to nakonec všechno dopadne úplně jinak.

U manželky neprovádí žádnou ošetrovatelskou péči, proto jsem mu otázku o činnostech, které vykonávají zdravotníci, vůbec nepokládala.

Přál by si, aby se stav manželky ještě zlepšil, ví ale, že už jsou oba starší a organismus se pomaleji regeneruje. Také neví, jestli se nevyrojí ještě něco nového. Už zažil mnoho situací, které s manželkou vůbec nepředpokládali. Proto vůbec neodhaduje, jak dlouho může trvat návrat do stavu před mrtvicí.

Mé názory a postřehy:

Respondent H. působil zpočátku velmi odtahitě a vypadal, že se mnou vůbec nehodlá mluvit. Tím víc jsem byla zvědavá, jak bude interview probíhat. Vše to byl naštěstí jen můj dojem. Respondent H. byl velmi otevřený a na všechny otázky bez problémů odpovídal. Zajímavé bylo, že když jsem přijela k druhému interview, respondent H. se tvářil naprosto stejně. Poučena z prvního interview, jsem ale už věděla, že se respondent H. jenom tak tváří a nic to neznamena. I přesto, že péče o manželku není příliš náročná, je vyčerpaný. Myslím, že důvodů je mnoho. Má mnoho aktivit. Je už starší a také užívá léky, které způsobují únavu. V průběhu interview jsem zjistila, že respondent H. nemá moc činností, které by musel měnit. Nemusí řešit velké změny, které tato situace přinesla. Jistě, mozková příhoda, která postihla jeho manželku, zasáhla je oba. Ale i respondent H. přiznal, že není moc, co by měnili, protože už jsou s manželkou několik desítek let zaběhnuti v určitém systému. Nyní mu přibýlo pár dalších činností. Neznamena to ale, že by se nic nezměnilo. Změnilo se toho mnoho, ale i přesto je nastalá situace stále snesitelná pro oba.

Respondentka P.

1-2 týdny po propuštění

C1 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena bezprostředně po propuštění.

V rodině respondentky P. se před příjezdem manžela domů muselo pořádně uklidit. Díky tomu, že manžel začal chodit, nebylo potřeba nic přestavovat. Koupelnu má manžel respondentky P. hned vedle ložnice. Žádné kompenzační pomůcky nepořizovali.

Respondentka P. se musela vzdát veškerého svého času. Nemá čas na práci, ani na své zájmy. Říká, že nikam moc nechodila. A pokud ano, chodili s manželem. Nestíhá ani uklidit. Když se manželovi přihodila mozková příhoda, ona měla naklizeno, protože nevěděla, co jiného dělat. Ráda čte, ale momentálně je na četbu příliš unavená. Z domu odejít může, ale jen na chvíli s tím, že manžel v té době nesmí dělat nic rizikového.

V péči jí pomáhají její dva synové. Kromě toho, že se snaží dělat věci kolem domu, pomáhají i s činnostmi v domě a v péči o manžela respondentky P.

C2 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě bezprostředně po propuštění.

Respondentka P. nepočítala s tím, že by šel manžel někam jinam, než domů. Počítala s tím, že se o něj bude starat. Ví, že by byl kdekoliv jinde, než doma, nešťastný. A hlavně, nevidí důvod, proč by se měli s manželem rozdělovat.

Momentálně doufá, že se jeho stav zlepší a že ho nebude muset tolik hlídat. Manžel má pevnou vůli, a tak předpokládá, že se hodně věcí naučí a zlepší se. Také počítá s tím, že se časem zaběhnou do nějakých pravidel, co jak budou dělat.

Díky tomu, že byl manžel osoba samostatně výdělečně činná, má respondentka P. finanční obavy. Doufá, že manželovi dají invalidní nebo alespoň předčasný důchod. Z počátku měla strach o manžela, o jeho zdraví, a také o jeho psychiku.

Počítá, že do roka a půl se jeho stav nějak nastaví, aby byl schopný fungovat. Myslí si ale, že nějaké zbytky cévní mozkové příhoda zanechá.

C3 - Zjistit, jaké má rodinný příslušník zkušenosti v péči o nemocné.

Respondentka P. ve svém okolí nemá nikoho, kdo by prodělal mozkovou příhodu. Je zde ale manželův kamarád, který má roztroušenou sklerózu. Chodí o berlích a má pevnou vůli.

Když ležel manžel respondentky P. v nemocnici, přišel za ním a povzbudil ho, aby na sobě pracoval.

Osobní zkušenost v péči jako takové nemá, ale péči přirovnává k výchově dětí. Podobný typ péče viděla, když se její maminka starala o tatínka. Její přístup k péči je takový, že když je něco potřeba udělat, tak se to udělá. Nemá smysl nad tím přemýšlet.

Původním zaměstnáním respondentky P. je umělecko-řemeslný textil. Této práce se musela pro péči o manžela vzdát.

V rodině zdravotníka nemají, jen mladší syn má zdravotnický kurz. Činnosti vykonává intuitivně (jako v péči o děti). Sama ale říká, že je velmi důležité dbát na důstojnost člověka.

V situacích, kdy si neví rady, může zavolat praktické lékařce manžela. Jde hlavně o organizační věci. Co se týká ostatních věcí, jak ona říká, hltá ze vzduchu, co se dá.

2-3 měsíce po propuštění

C4 - Zjistit, jaké změny v životě rodiny způsobilo ošetřování jejího člena 2-3 měsíce po propuštění.

V průběhu rehabilitace, kterou manžel podstoupil ve stacionáři, měl epileptický záchvat. Respondentka P. říká, že se vrátili o několik kroků zpět. Nerada odchází z domu sama nebo nechává manžela samotného. Respondentka P. dává vinu lékům na epilepsii, díky kterým je manžel mírně zmatený. Péče se ale výrazně nezměnila, jen se zaběhli do určitého rytmu. Stále na něj musí dohlížet. Vše ale zvládá. Jen je trochu nesvá, když musí opustit dům a manžel je tam sám.

Po celou dobu péče se o manžela stará sama. Pokud je potřeba, například si respondentka P. vyjde ven s kamarádkami, synové jí vypomůžou. Manžela pohlídají.

C5 - Zjistit, čeho se pečovatel/ka musel/a vzdát a co získal/a s odstupem času.

Respondentka P. říká, že se naučila nikam nespěchat. I když trpělivost měla už předtím, díky tomu, že s manželem restaurují staré zbraně (pomáhá manželovi, když je potřeba – manžel je původem opravář starožitných zbraní, militaria). Dále jí životní situace poučila o systému sociálního zabezpečení. Naučila se, že i přesto, že člověk má postižení, které ho invalidizuje v práci, neznamená to, že mu bude důchod přičten. Neřeší nic, co není potřeba řešit.

Situace jí vzala volný čas. Už dříve s manželem trávila většinu svého času. Nyní je to pro ni více namáhavé.

Na otázku, kde čerpá energii, řekla, že neví. Ale když nemůže, tak padne a spí. energii jí také dodává čas s přáteli nebo s dětmi. Synové ji občas vytáhnou ven, aby si odpočinula od péče.

C6 - Zjistit, jaké pocity má rodinný příslušník v péči o nemocného člena rodiny po cévní mozkové příhodě 2-3 měsíce po propuštění.

Sama respondentka P. říká, že zdravotnické činnosti, kromě měření krevního tlaku nebo odběru krve na glykémii, nedělá.

Vzhledem k tomu, že nevykonává ošetrovatelskou péči, další otázku: „Jak tyto situace zvládá?“, jsem jí nepokládala.

Čas, kdy by se manžel mohl vrátit do aktivního života, neodhaduje. Na závěr interview mi přiznala, že ji péče o manžela hodně vyčerpává. Před manželem ale nedává nic znát.

Mé názory a postřehy:

Rozdíl mezi prvním a druhým interview s respondentkou P. byl v tom, že při prvním interview byla přítomna jen paní. Kdežto při druhém byl přítomen po celou dobu samotného interview manžel respondentky P. a většinu interview i jejich mladší syn. Když jsem rozhovor oficiálně ukončila a přestala nahrávat, manžel respondentky P. na chvíli odešel. V tu chvíli mi respondentka P. svěřila, že manžela nemůže nechat bez dozoru, že je zmatený a plně na ni odkázaný. Říkala, že nikdy moc nikam nechodil, a proto i obyčejné věci, jako to, že když někomu upadne kapesník, druhý mu ho zvedne a vrátí, jsou pro něj naprosto překvapující. Ve chvíli, kdy tam manžel nebyl, jsem viděla, jak je respondentka P. vyčerpána. A také to, že před manželem je ona ta silná, která musí hodně vydržet. Viděla jsem, jakou oběť často pečující musí přinést. Byl to pro mě velmi silný zážitek. Tím více každého pečovatele obdivuji pro jeho vnitřní sílu. Respondentka P. je člověk, který neřeší věci, které nejsou aktuální. Myslím, že to je schopnost, kterou si člověk musí vypěstovat věkem. Mladý člověk, konkrétně já, má hodně cílů a žije spíše budoucností. A až v pozdějším věku si, podle mě, musí uvědomit, že nemá smysl řešit, co jak bude, ale postavit se čelem k tomu, co tu je právě teď.

5. 2 Shodné body v analýze respondentů

Respondenti se shodli na tom, že se museli více méně vzdát svého volného času. Z větší části mají čas i na sebe a své aktivity. O své blízké pečují vesměs sami, s občasnou pomocí dalších členů rodiny. O tom, zda si vezmou či nevezmou rodinného příslušníka

z nemocnice domů, neuvažovali. Žádný z respondentů není zdravotníkem. Dva z respondentů ale vůbec nevykonávají ošetrovatelskou péči, proto vlastně ani zdravotnické vzdělání nepotřebují. I tak by se péče mohla, díky nepotřebnosti ošetrovatelské péče, zdát méně náročná. Není tomu tak. Dva z respondentů mají v rodině zdravotníka. Když je potřeba, ví, že se s ním mohou poradit.

Obě respondentky - ženy se shodly na tom, že péče je velmi podobná péči o dítě. Dva z respondentů zdravotnický personál v ošetrovatelské péči nezaškoloval. Jsou to ale ti respondenti, kteří ošetrovatelskou péči nevykonávají. Možná proto je zdravotníci nezaškolovali. Respondenti se shodují v tom, že to, co k péči potřebují, viděli nebo činnosti dělají intuitivně. Stav u dvou pacientů se zlepšil. Z výzkumu vyplývá, že když je pacient mozkovou příhodou vážněji postižen, rekonvalescence je pomalejší. Respondenti se shodli na tom, že trpělivost měli už před tím, než jejich blízcí prodělali cévní mozkovou příhodu. Nikdo z nich neřeší nedůležité věci. Soustředují se jen na činnosti, které jsou aktuální. U dvou respondentů je znát, že jim péče bere hodně energie. Jsou to ti dva respondenti, u jejichž blízkých není potřeba ošetrovatelská péče. Dva z respondentů energii čerpají ze své víry v Boha a činností v církvi. Na počátku někteří respondenti odhadovali, jak dlouho bude trvat, než se jejich nemocný člen vrátí do aktivního života. Po několika měsících ale žádný z nich neodhaduje čas, jak dlouho by mohl návrat trvat. Všichni respondenti by si přáli, aby se stav jejich blízkých zlepšil. Každý ale na stav svého blízkého pohlíží jinak. Z důvodu věku, respondent H. neočekává, že se stav manželky úplně spraví. Respondentka P. neočekává, že by se z mozkové příhody dalo úplně zotavit. Stav maminky respondentky L. se příliš nemění, proto ani ona neočekává, že se bude výrazně zlepšovat.

DISKUZE

Otázky, které jsem si kladla, než jsem začala psát bakalářskou práci, vycházely z mé zkušenosti s mozkovou příhodou. Když mi bylo devět let, prodělal můj děda těžkou mozkovou příhodou, po které se už nikdy nevrátil do aktivního života. Všem nám to způsobilo velký šok. Děda zůstal po mozkové příhodě ochrnutý na polovinu těla. Komunikace s ním byla jen skrze oční kontakt nebo stisk ruky. Pamatuji si, jak nás děda nikdy nechtěl pustit, když jsme ho drželi. Několik měsíců po mozkové příhodě si ho babička vzala z nemocnice domů a starala se o něj. Babičce pomáhali všichni z rodiny, kteří se pravidelně střídali. Babička se o něj vydržela starat několik let, pak byl přeložen do hospicu, kde později zemřel. Než jsem začala studovat střední zdravotnickou školu, myslela jsem si, že člověk, který prodělá mozkovou příhodou, už nikdy nebude moci chodit ani mluvit. S maminkou jsme mnohokrát hovořily o čase, kdy se babička s rodinou starala o dědu. Pro maminku bylo velmi náročné pečovat o dědu, zvláště provádění celkové hygieny. Zajímavé na tom je, že sám děda jí v té péči pomáhal. Říkala, jak viděla vděčnost v jeho očích. S těmito všemi zážitky jsem začala psát bakalářskou práci.

Výsledky svého výzkumu jsem chtěla porovnat s prací na podobné téma nebo podobný výzkum. Práci na podobné téma nebo výzkum jsem ale nenašla. Vycházela jsem tedy jen z poznatků z literatury a z vlastních zkušeností.

Díky studiu ošetřovatelství jsem věděla, že velmi záleží na tom, jak rychle přijde pomoc postiženému. To se mi potvrdilo. Postižení, kteří byli brzy po začátku příznaků převezeni do nemocnice, se i rychleji zotavovali. Rychlost pomoci je ale jen jeden z mnoha faktorů, i když velmi podstatný, pravděpodobně ten nejpodstatnější. Velký vliv má i vůle nemocného. Rodina je, podle mě, hnacím motorem zotavení. Záleží samozřejmě na tom, jak se s nastalou situací sama vyrovná. Když už nemocný nemůže, jsou to právě oni, kteří ho povzbuzují, dodávají mu odvahu, naději a motivují ho.

Myslím, že velkým problémem všech zdravotníků je, že stále nejsou zvyklí dostatečně informovat pacienty. Z vlastní zkušenosti vím, že sám pacient se často bojí zeptat. Samotná rodina by měla být informována také, pokud dá pacient souhlas. Co se týká cévní mozkové příhody, někdy bývá průběh natolik dramatický, že pacienta odvezou v bezvědomí a rodina musí jen čekat. Je to stav neskutečné nejistoty. Respondenti tuto nejistotu prožívali různě. Všichni se ale shodují na tom, že v tuto chvíli museli jen čekat, nemohli nic dělat. Proto je zde role zdravotníka velmi důležitá. Může povzbuzovat rodinu, nemyslím tím

dávat falešnou naději, spíše být upřímný a empatický. V rámci výzkumu jsem se dozvěděla, že se jedna respondentka nedozvěděla o prodělání další mozkové příhody v průběhu týdne u svého manžela, kdy za ním chodila na návštěvy.

Přemýšlela jsem, jestli má víra v Boha vliv na péči o nemocného. Dva z mých respondentů jsou věřící. Myslím, že víra je pro rodinu velmi důležitá. Dodává jim sílu a naději, jít dál. U jedné rodiny jsem se setkala i s tím, že jim členové církevních řádů pomohli se sháněním různých pomůcek. I má rodina má s takovou pomocí zkušenost. Zároveň ale myslím, že na péči má spíše vliv charakter osobnosti rodinného pečovatele. To, jak je on sám vyrovnaný s postižením blízkého.

Při rozhovorech s respondenty, mi připadalo, že jsou vyrovnaní. Chybně jsem proto předpokládala, že nemají z ničeho strach. Oni ale měli strach. Všichni měli v nějaké míře strach o sebe. Báli se, že kdyby se jim něco stalo, nemohli by se postarat o svého blízkého. Dalším důvodem strachu byly finanční obtíže. Sám pečovatel často musel opustit své zaměstnání, aby se mohl starat o blízkého, proto má velmi nízký příjem peněz.

Fakt, který mě nepřekvapil, je, že pokud se v rodině vyskytuje zdravotník, vše funguje jednodušeji. Zvláště, pokud je zdravotníkem sám pečovatel nebo někdo z rodiny. V jedné ze tří rodin byl v rodině zdravotník. Respondentka L. má švagrovou a švagra zdravotníky. Kromě toho, že se s nimi může poradit, je dobré i to, že mohou objektivně posoudit situaci a navrhnout případnou změnu v péči. V případě respondentky L. je švagrová dokonce fyzioterapeut. Rodiny, které ve svém kruhu zdravotníky nemají, jsou možná mírně znevýhodněny, ale protože se o nemocného chtějí starat, vše se naučí v průběhu péče.

Otázku, zda se respondenti museli něčeho vzdát a zda jim životní situace něco dala, jsem pokládala s úmyslem zjistit, jestli už po několika měsících dokážou objevit přínosy a samozřejmě i ztráty dané touto situací. Byla to jediná skupina otázek, nad kterými respondenti hned nevěděli, co odpovědět. Museli se zamyslet. Očekávala jsem, že odpoví, že je péče naučila hodně věcem, že je vnitřně proměnila. U jednoho respondenta mě tím pádem překvapila odpověď, že ho to naučilo domácím pracím. Myslím si, aniž by to respondenti řekli, že je to naučilo pokoře, službě s láskou nebo jisté dávce empatie. Je zajímavé, kolik člověk získává péčí, aniž by si to sám uvědomoval.

Nejvíce jsem byla překvapená jednou ze svých otázek: „Dokážete tyto činnosti zvládat?“ Byl to jeden z bodů, kde jsem se mýlila. Předpokládala jsem, že nemocný bude imobilní a bude potřebovat celkovou ošetrovatelskou péči. Ale ve dvou, ze třech případů byla tato otázka bezpředmětná, protože rodiny vlastně nevykonávají ošetrovatelskou péči.

Jejich nemocný člen je natolik soběstačný, že se z velké části dokáže obstarat sám. U respondentky L. se ošetrovatelská péče ve velké míře provádí. Když jsem jí položila tuto otázku, odpověděla, že si na sebe s maminkou zvykly. Maminka i ona s tím nyní nemají problém. Zjistila jsem, že je velmi podstatný vztah pečovatele a nemocného. V tomto případě jde o matku a dceru. Při tvorbě otázek jsem ale vycházela ze vztahu tchán-snacha. Je tedy důležité, kdo pečuje o nemocného. Často i sám pečovatel musí překonávat bariéry, které by sám nečekal.

Ve výzkumu byl původně zahrnut ještě jeden respondent M. Jeho manželka trpí nespecifickým zánětem mozku. Je částečně ochrnutá na polovinu těla a má i další příznaky podobné iktu. Nejde ale o iktus, který byl jedním z kritérií pro výběr respondentů, a proto jsem nakonec respondenta M. z výzkumu vyřadila. Rodina bydlí u Plzně. O nedorozumění jsem se dozvěděla, až když jsem byla v Plzni, proto jsem se rozhodla, že interview uskutečním. Provádění péče u manželky respondenta M. je velmi podobná péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Interview s respondentem M. jsou velkým přínosem pro mě osobně, pro mou budoucí praxi a konečně i pro tuto práci. Zjistila jsem, že muž – blízký pacienta – to v nemocnici a v samotné péči nemá tak snadné jako žena. Žena ve většině rodin pečuje o své děti. Myje je, přebaluje, vaří, žehlí nebo hlídá. Muž je naopak ten, kdo vydělává peníze. Proto, když onemocní žena a muž se o ni rozhodne starat, musí vykonávat činnosti, které většinou ani neumí. Respondent M. mi řekl jeden zajímavý detail, který ovšem byl velmi podstatný pro jeho pozdější péči. Zdravotníci, v některých zařízeních, když myli jeho ženu, řekli mu, aby odešel za dveře. V jiných zařízeních ho sestra vzala a řekla, že ho to naučí. Ve zdravotnictví se v dnešní době klade velký důraz na edukaci. Sestry musí edukovat stále. A to hlavně pacienty a jejich rodiny. V průběhu výzkumu jsem zjistila, že ne vždy jsou pečovatelé dostatečně edukováni v činnostech, které poté musí vykonávat. Bylo zajímavé, jak respondent M. hodnotil stav, ve kterém se celá rodina nachází. Řekl, že je to sice těžké, ale moc věcí, které by mu choroba manželky vzala, není. Vidí tuto nemoc jako velký přínos. Pomohla mu zastavit se v životě, srovnat si hodnoty. Osobně to vidím stejně. Myslím, že klady, které každá těžká životní situace přináší, nakonec převáží všechno, co bere.

V rámci své práce jsem četla knihu *Můj okamžik prozření*. Je o doktorce neuroanatomie, která prodělala krvácení do mozku. Popisuje vše, jak to vnitřně prožívá, krok po kroku – postupná ztráta funkcí mozku v místě postižení a následná péče. Moc hezky mluví o své matce, která o ni pečuje. Zmiňuje se o deníku, který si s maminkou vedou, aby měly

přehled, jak se zlepšuje. Myslím, že deník je věc, která má právě v zotavování se po iktu velký smysl. Respondent M. se o něm také zmínil. Řekl mi, že už za týden netuší, co bylo minulý týden a deník mu pomáhá, aby věděl, jaký je posun.

V literatuře jsem se dozvěděla, že je pacient pouštěn z nemocnice domů nebo jde z nemocnice do rehabilitačního zařízení a až poté domů. U každého pacienta byla tato situace jiná. U maminky respondentky L. to bylo tak, že ji z nemocnice přeložili do rehabilitačního zařízení a odtamtud domů. Manželka respondenta H. byla propuštěna z nemocnice domů na několik dní, aby se psychicky připravila na několikátýdenní pobyt v rehabilitačním zařízení. Manžel respondentky P. byl propuštěn domů a poté, o několik týdnů později, nastoupil k rehabilitaci ve stacionáři. Myslím, že rozdílný postup u pacientů je způsoben zdravotním stavem pacientů. Dalším důvodem může být místo, kde žijí a jak daleko mají rehabilitační zařízení.

Dodnes nemohu pochopit, proč se někteří pacienti i po těžší mozkové příhodě dokážou rychle zotavovat a jiní se z mozkové příhody nikdy nevzpamatují. Myslím, že to patří k tajemstvím mozku, jeho tvárnosti a všemu, co o něm stále ještě nevíme. Svou váhu přisuzuji i vůli pacientů nebo okolnostem, které nemocného posouvají. Zajímavým poznatkem je, že sami pacienti si často nepamatují, jak rychlé pokroky dělají. V průběhu krátké práce v domácí péči jsem se setkala s paní, která prodělala druhou cévní mozkovou příhodu v životě. Od vrchní sestry jsem dostala informaci, že je paní ležící a mým úkolem je ji postavit. Když jsem došla ke dveřím do bytu, otevřela mi tato paní. Byla jsem v šoku. Od syna jsem se dozvěděla, že domácí péče byla informována správně, jen se maminka postavila den poté, co byla domácí péče objednána. Nakonec jsem tedy měla za úkol pomoci jí rozhýbat částečně ochrnutou ruku. Dělala neskutečně rychlé pokroky, i přesto byla velmi negativistická. Říkala, že jí to jde strašně pomalu, že nedělá pokroky. Když jsem jí řekla, že to není pravda, jen těžko mi věřila. Velmi podobně reagoval manžel respondentky P. v mém výzkumu.

V průběhu interview mě překvapilo, jak moc otevření a upřímní respondenti byli. I když byl u některých pacientů stav náročnější, i přesto si na mě udělali čas. Zarazilo mě, že někteří respondenti očekávali, že interview chci dělat s pacientem. A to i přesto, že jsme se předem domlouvali přes e-mail, kde jsem jim popsala, na koho je můj výzkum zaměřen. Poučila jsem se, že není dobré odhadovat reakce druhých lidí, protože jsou vždycky jiné, než předpokládám. Obdivuji, když se člověk, nezdravotník, rozhodne pečovat o svého

blízkého. Vím, že si někteří z nich myslí, že by to udělal každý. To ale není pravda. Mnoho lidí opustí své blízké, dají je do ústavních zařízení.

Prostřednictvím výzkumu jsem si uvědomila, že zdravotník se musí maximálně snažit, aby rodina, která se o nemocného hodlá dále starat, uměla činnosti k tomu potřebné. Na rodinného pečovatele jsou kladeny velké nároky. Rodina by ho měla co nejvíce povzbuzovat a pomáhat mu. Péče o člena rodiny je psychicky vyčerpávající, v některých případech i fyzicky.

ZÁVĚR

V práci jsem se snažila zjistit, jaký vliv má cévní mozková příhoda na chod rodiny. Rodina je vždy velmi silně zasažena touto nemocí. Rodiny, se kterými jsem se setkala, řeší nastalou situaci tak, že když už přišla, je třeba se s ní vyrovnat a přizpůsobit se jí.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnili 3 respondenti, kteří pečují o své nemocné. Výzkum byl prováděn ve 2 fázích. První, 1-2 týdny po propuštění pacienta do domácího ošetřování. Druhý za 2-3 měsíce. Výzkum byl veden formou rozhovoru.

Všichni její členové jsou různou měrou zasaženi. Situace, ve které je pečovatel, je o to těžší, že od něj postižený nepřímo očekává, že to bude právě on, kdo ho podpoří. Pokud nemá kde načerpat energii, je možné, že brzy vyhoří.

Po propuštění nemocného do domácího ošetřování se rodina přizpůsobuje dennímu režimu, který se po 2-3 měsících ustálí. Rodina se naučí pečovat o svého nemocného, zvyknou si na nastalou situaci.

Pocity pečovatelů jsou rozdílné podle zdravotního stavu, ve kterém se jejich blízký nachází. Pokud se stav nemocného po propuštění do domácího ošetřování zlepšuje jen pomalu, pečovatelé ani po 2-3 měsících nepocítují příliš velkou naději na zlepšení. Pokud byl ale nemocný už po propuštění z velké části soběstačný, i pečovatel je plný nadějí.

Rodinný příslušník pečující o svého blízkého má životní zkušenosti, které v péči využívá a zároveň získává nové.

Je velmi individuální, čeho se pečovatel musel kvůli péči vzdát a co mu péče přinesla. V některých případech je mozková příhoda takovým zásahem, že se pečovatel musí vzdát svého zaměstnání, aby mohl pečovat o svého blízkého.

V úvodu jsem přemýšlela, zda mozková příhoda rodinu změní. Z výzkumu jsem zjistila, že změnou projdou nejen pečující, ale i ostatní členové rodiny, kteří přijdou do styku s postiženým. Každý z nich prochází vnitřní proměnou. Získává nový pohled na život. Někteří mohou po této zkušenosti přehodnotit svůj žebříček hodnot, váží si maličkostí. Dochází k semknutí rodiny. Ošetřování člena rodiny po cévní mozkové příhodě má na život rodiny rozdílný dopad. Každá rodina je jiná. Má jiné návyky a způsob života. I přesto, pokud se o nemocného chtějí starat, dokážou to přes všechny překážky. Pro žádnou rodinu není péče jednoduchá. Vždy se musí něčeho vzdát, něco obětovat.

PRAMENY A POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTOVÁ, J. *Patologie pro bakaláře*. 4. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 170 s. ISBN 978-80-246-0794-8.
2. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 447 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
3. BOLTE TAYLOR, J. *Můj okamžik prozření*. 1. vydání. Praha: IKAR, 2010. 237 s. ISBN 978-80-249-1474-9.
4. DOLEJŠOVÁ, V.; WANKATOVÁ, J. *První pomoc v nekonvenční medicíně*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Ostrov, 2010. 173 s. ISBN 978-80-86289-69-4.
5. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda*. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
6. HALOVÁ, M. *Nemocný v domácí péči I: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám: zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou*. 1. vydání. Javorník: Miroslava Halová - MAJ.ZJ, 2007. 140 s. ISBN 978-80-239-7316-7.
7. HOBART, J. et al. *The SF-36 in multiple sclerosis: why basic assumption must be tested*. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry. [Online] 30. Duben 2001. [Citace: 2. Leden 2012.] <http://jnnp.bmj.com/content/71/3/363.full>.
8. KALINA, M. et al. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
9. KALITA, Z. et al. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
10. KALVACH, P. et al. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
11. Kolektiv autorů. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
12. Metodické opatření č. 13, Koncepce domácí péče. Uveřejněno v č. 12/2004 Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky.
13. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. Aktualizované a doplněné vydání. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
14. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

15. SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
16. ŠKOLOUDÍK, D.; VÁCLAVÍK, D. *Transkraniální barevná duplexní sonografie - národní standard vyšetření v rámci funkční specializace v neurosonologii/Doporučené postupy*. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP. [Online] 26. Květen 2006. [Citace: 24. Leden 2012.] http://www.cmp.cz/jnp/cz/doporucene_postupy_pro_lecby_cmp/cv_sekce_cns-trasnkraniální_barevna_duplexni_sonografie.html.
17. WHITENECK, G. Et al. *Disability Research Instruments - CHART*. Craig Hospital. [Online] 2011. [Citace: 2. Leden 2012.] <http://www.craighospital.org/research/CHART.asp>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Hodnocení vědomí

Příloha B: Odhad rizika vzniku iktu

Příloha C: Hodnocení psychického stavu

Příloha D: Barthel index

Příloha E: Hodnocení funkční soběstačnosti

Příloha F: Testování kvality života

Příloha G: Příklad interview s respondentem

Příloha A: Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale (Teasdale a Jennett, 1974)

Test	body
Otevření očí	
Spontánní	4
Na oslovení	3
Na bolest	2
Nepřítomno	1
Nejlepší motorická odpověď	
Provede pokyn	6
Cílená k algickému podnětu	5
Odtahuje od algického podnětu	4
Necílená flekční	3
Necílená extenční	2
Žádná	1
Nejlepší verbální odpověď	
Orientovaná	5
Zmatená	4
Neadekvátní	3
Nesrozumitelná	2
Žádná	1
Celkové skóre	

(Kalina a kol., 2008, str. 20)

Příloha B: Odhad rizika vzniku iktu

Osobní riziko iktu

Rizikový faktor	Skóre rizika				Aktuální skóre
	0	1	2	3	
Věk	0-44	45-64	65-74	nad 75	
Kouření	Nikdy nebo přestal před více než 5 lety	Přestal před méně než 5 lety	Kuřák do 20 cigaret denně	Kuřák přes 20 cigaret denně	
Krevní tlak (mm Hg)	Normální < 120/80	Hraniční až mírná hypertenze 120-159/80-94	Střední hypertenze 160-179/95-109	Těžká hypertenze 180+/110+	
Diabetes mellitus	Nepřítomen	Nelze posoudit	Rodinná zátěž	Potvrzený diabetes	
Rodinná zátěž iktem	Žádná	Pokrevní příbuzný měl iktus po 65 letech	Pokrevní příbuzný měl iktus před 65 lety	2 nebo více pokrevních příbuzných mělo iktus	
Cholesterol	Pod normou < 5,2 mmol/l nebo < 200 mg/dl	Průměrný 5,2-6,1 mmol/l nebo 200-239 mg/dl	Středně zvýšený 6,2-7,8 mmol/l nebo 240-300 mg/dl	Silně zvýšený > 7,8 mmol/l nebo > 300 mg/dl	
Alkohol (standardní dávky denně)	Žádná přemíra 0-2 muž, 0-1 žena	Lehké nadužívání	Střední abúzus 5-6 muž, 3-4 žena	Těžký abúzus > 6 muž, > 4 žena	
BMI (kg/m ²)	Normální (18,5-24,9)	Lehká nadváha (25-26,9)	Střední nadváha (27-29,9)	Obézní (> 30)	
Fyzická aktivita	Normální 1 h energické aktivity alespoň 3x týdně	Lehce snížená 1 h energické aktivity 1-2x týdně)	Středně snížená < 1 h energické aktivity 1x týdně)	Minimální téměř žádná energická aktivita	
Celkové skóre					

(Feigin, 2007, str. 67)

Příloha C: Hodnocení psychického stavu

Mini - Mental State Examination (MMSE)

A. Orientace

Časové určení (1.-5.)	Kolikátého je dnes?	0	1
	Jaké je roční období?	0	1
	Který je rok?	0	1
	Který den v týdnu je dnes?	0	1
	Jaký máme měsíc?	0	1
Místo (kde jsem nyní?) (6.-10.)	Jaká nemocnice?	0	1
	Které podlaží?	0	1
	Ve kterém kraji?	0	1
	Které město?	0	1
	Která městská část?	0	1
		Součet (max. 10):.....	

B. Schopnost zapamatovat si

Vyšetřující jmenuje tři předměty a slova opakuje tak dlouho, až je pacient může zopakovat, maximálně však 6krát (11.-13.)	auto	0	1
	květina	0	1
	svíčka	0	1
		Součet (max. 3):	

C. Pozornost a počítání

Od 100 se opakovaně odečítá 7. V případě početní chyby se "posunutí" dalších výsledků započítá jen jako jedna chyba (14.-18.)	93		
	86		
	79		
	72		
	65		
Pokud pacient úkol nemůže nebo nechce provést, hláskuje se slovo "pokrm" pozpátku (14.-18)	M	0	1
	R	0	1
	K	0	1
	O	0	1
	P	0	1
		Součet (max. 5):	

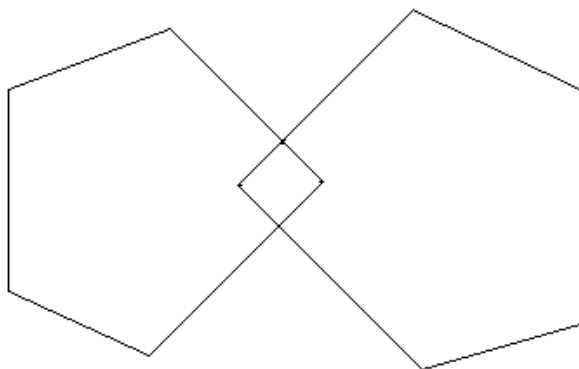
D. Schopnost vzpomenout si

Vyšetřující se zeptá na tři dříve uvedená slova (19.-21.)	auto	0	1
	květina	0	1
	svíčka	0	1
		Součet (max. 3):	

E. Jazyk/praktické schopnosti

Co je to? Vyšetřující ukazuje: náramkové hodinky, tužku (22.-23.)	0	1
	0	1
Prosím opakujte tuto větu: "(Ona) už mu nepůjčí žádné peníze." (24.)	0	1
Udělejte prosím následující (25.-27.):		
Uchopte tento list papíru do pravé ruky.	0	1
Přeložte ho napůl.	0	1
Položte ho na podlahu.	0	1
Přečtěte si níže následující příkaz a proveďte jej. (28.)	0	1
Napište prosím jednu větu podle své volby.	0	1
Prosím nakreslete podle předlohy tento obrazec.	0	1
	Součet (max. 9):	

Zavřete oči



(Schuler & Oster, 2010, stránky 183, 184)

Příloha D: Barthel index

Barthel index

Příjem potravy	Úplně soběstačný nebo schopen samostatně jíst a pít.	10
	Pomoc při kompletní přípravě jídla, které samostatně sní nebo pomoc pacientů s příjmem potravy.	5
	Sám se nenají a není schopen sondové či gastrostomické výživy.	0
Osobní hygiena	V koupelně úplně samostatný, včetně čištění zubů, holení a česání.	5
	Nesplňuje "5"	0
Koupání/sprchování	Samostatně koupání nebo sprchování, včetně vstupu/výstupu, umytí se a utření osuškou.	5
	Nesplňuje "5"	0
Přesun z lůžka na vozík/ křeslo	Zcela soběstačný při přesunu z lůžka na vozík a zpět.	15
	Potřebuje dohled nebo malou pomoc (laik).	10
	Potřebuje výraznou pomoc (edukovaný laik nebo profesionální pomoc).	5
	Nepřesunuje se z lůžka.	0
Použití WC	Při toaletě zcela soběstačný při použití WC nebo klozetového křesla včetně spláchnutí/očištění.	10
	Při toaletě potřebuje pomoc nebo dohled při použití WC nebo spláchnutí/očištění.	5
	Nepoužívá WC ani klozetové křeslo.	0
Chůze	Bez dohledu či dopomoci schopen vstát ze sedu a ujít nejméně 50 m bez chodítka (popř. s holí nebo francouzskou berlí).	15
	Bez dohledu či osobní pomoci schopen vstát ze sedu a ujít nejméně 50 m s chodítkem.	10
	S dopomocí nebo s použitím chodítka schopen vstát ze sedu a zvládnout pohyb po bytě/domě; nebo: po domě/bytě zcela soběstačný na vozíku.	5
	Nesplňuje "5".	0
Chůze po schodech	Bez dohledu či cizí pomoci (příp. s holí nebo francouzskou berlí) zvládne nejméně jedno patro schodů nahoru a dolů.	10
	S dohledem nebo s pomocí nejméně jedno patro schodů nahoru a dolů.	5
	Nesplňuje "5"	0
Oblékání a svlékání	Oblékne si za průměrnou dobu samostatně běžné denní oblečení, nazuje boty (a příp. přípevní potřebné pomůcky, např. elastické punčochy, protézy) a opět svlékne/zuje/odloží.	10
	Oblékne a svlékne se samostatně v průměrné době minimálně na horní polovinu těla, pokud má oblečení na dosah.	5
	Nesplňuje "5".	0
Kontinence stolice	Kontinence stolice, příp. soběstačný při zavedení čípku/klyzmatu, při vybavení stolice nebo při péči o stomii.	10
	V průměru ne častěji než 1x týdně inkontinence stolice nebo potřebuje pomoc při zavedení čípku/klyzmatu, při vybavení stolice nebo při péči o stomii.	5
	V průměru častěji než 1x týdně inkontinence stolice.	0
Kontinence moči	Kontinence moči nebo samostatně s úspěchem zvládá močovou inkontinenci/obsluhuje PMK (nedochází k pomočení prádla nebo lůžka).	10
	Zvládá močovou inkontinenci samostatně a převážně úspěšně (průměrně ne častěji než 1x denně pomočení prádla nebo lůžka) nebo potřebuje pomoc s obsluhou PMK.	5
	V průměru více než 1x denně inkontinentní.	0
	Součet	
	Podpis	

(Schuler & Oster, 2010, stránky 39,40)

Příloha E: Hodnocení funkční soběstačnosti

Test funkční soběstačnosti FIM

Soběstačnost

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| A. Příjem jídla/pití | K. Sprchový kout/vana |
| B. Tělesná hygiena | Lokomoce |
| C. Koupání/sprchování/mytí | L. Chůze/jízda na vozíku |
| D. Oblékání – horní polovina těla | M. Schody |
| E. Oblékání – dolní polovina těla | Komunikace |
| F. Použití WC | N. Vnímání/sluch/zrak |
| Ovládání sfinkterů | O. Vyjadřování verbální/neverbální |
| G. Kontrola močení | Kognitivní/sociální schopnosti |
| H. Kontrola vyprazdňování | P. Sociální interakce |
| Přesuny | Q. Řešení problémů |
| I. Postel/židle/vozík | R. Paměť |
| J. Toaleta | |

Odstupňování

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 = úplná asistence/celková závislost | 5 = dozor (supervize)/příprava |
| 2 = velká asistence/maximální závislost | 6 = modifikovaná nezávislost |
| 3 = střední/mírná asistence | 7 = úplná samostatnost |
| 4 = minimální asistence | |

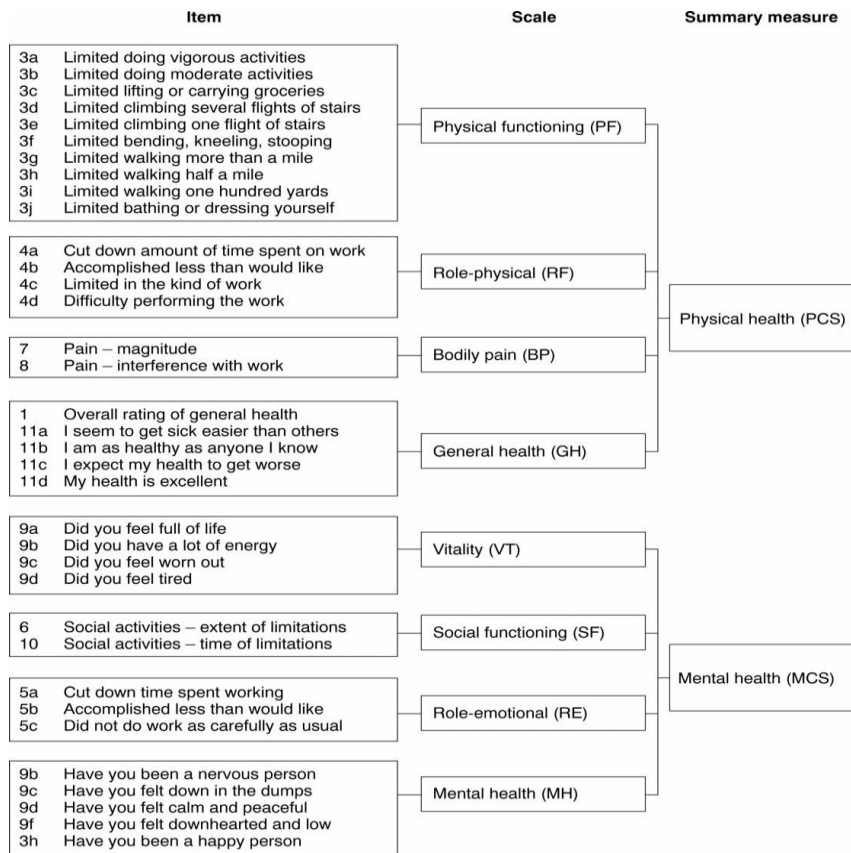
Stupně soběstačnosti

Úplná asistence (úplná nesoběstačnost)	Pacient se na provádění činností podílí méně než 25 %.
Velká asistence (velká potřeba pomoci)	Pacient je z 25 % samostatný, potřeba pomoci je značná.
Střední asistence	Pacient je z 50 % samostatný, potřebná pomoc je větší než kontaktní.
Malá asistence (kontaktní pomoc)	Pacient je ze 75 % samostatný, potřebná pomoc omezena na kontakt.
Dozor/příprava	Pomocník potřebný pro dohled, návod, přípravu nebo drobnou fyzickou pomoc (např. přiložení protéz)
Modifikovaná nezávislost	K činnosti vyžaduje pomůcku nebo její provádění trvá nadprůměrně dlouho.
Úplná samostatnost	Úkoly provádí bez omezení v přiměřeném čase.

(Schuler & Oster, 2010, str. 114)

Příloha F: Testování kvality života

Short Form – 36 (SF – 36)



(Hobart at al., 2001)

Příloha G: Příklad interview s respondentem

Záznam interview s respondentem H. po 2 měsících

Tazatelka: Co se změnilo od doby, kdy jsme se viděli naposledy? To bylo na začátku prosince.

Dotazovaný: Jo. Prvního prosince se vrátila z Košumberku. Malinko lépe chodí, nebolí ji v zádech jako tenkrát, ale pořád to ještě není dobré. Bude to asi ještě dlouho trvat, než se to spraví úplně.

Tazatelka: Víím, že tenkrát měla problém s rukou.

Dotazovaný: Po té mrtvici měla zasaženou levou nohu, levou ruku a to se nějak podařilo z větší části po té rehabilitaci nějak spravit. Ne úplně. Přeci jen ta levá ruka. Nemá ji tak rovnocennou s tou pravou, jako ji používala předtím.

Tazatelka: Ona je teď úplně soběstačná? Myslím tím, jako byla soběstačná před mrtvici?

Dotazovaný: To ne, to ještě zdaleka ne. Neoblíkne si ponožky, kalhoty, protože nedosáhne na zem. Aby se ráno oblíkla, tak tady musím být. Do té doby, než se udělá ranní hygiena, nemůžu nikam jít. Vždycky ráno, už mám takový pravidelný rytmus, co člověk musí udělat ráno. Umýt se v koupelně, tak aby se trochu probral, dojít na záchod, oblíknout, udělat snídani. A pak už je to volnější. Když je tohle hlavní odbytý.

Tazatelka: Vy jste před mrtvici nevařil nebo už ano?

Dotazovaný: Zcela výjimečně.

Tazatelka: Znamená to, že manželka zase vaří? Nebo to ještě nezastane?

Dotazovaný: Úplně ne, ona ještě dlouho nevydrží stát, bolí ji klouby. Takže buďto mi radí, takhle v sobotu, neděli. Protože v týdnu nám vozí jídlo. Když se vaří, tak vařím většinou já, a to jenom o víkendu. Za porady.

Tazatelka: Jak všechno zvládáte? Je to pro vás náročné?

Dotazovaný: Je to náročné, zabere to většinu času. Ne všechen. Třeba odpoledne, večer můžu odejít. Když máme zkoušku v chrámovém sboru na dvě hodiny, nebo když chci cvičit na varhany, tak to jde. To hlavní jídlo je odbytý, takže do toho večera si manželka kafe uvaří nebo buchtu, chleba si ukrojí. To už zvládne.

Tazatelka: Pomáhá vám někdo z rodiny? Nebo není potřeba?

Dotazovaný: No tak, občas, když se někdo nabídne, na tu sobotu nebo neděli, nebo něco takového, tak to neodmítneme. Protože to je změna, že přijde někdo, kdo vaří nějak líp. Buďto dcera nebo snacha. Ještě tady máme syna nedaleko, ale toho spíš na ten oběd

pozveme. Když tady někdo vaří. Nebo když se koupí maso, tak to je na dvě porce moc, tak ho třeba i pozveme ještě v neděli na oběd. Aby si nemusel vařit.

Tazatelka: Pro vás to teď asi není taková změna, protože jste říkal, že už před mrtvicí jste hodně činností zastával. Naučilo vás to něčemu? Dalo vám to něco?

Dotazovaný: -----dlouho přemýšlí-----

Tazatelka: Myslím, ta péče. To, že musíte zastávat více činností, než jste byl zvyklý.

Dotazovaný: To ano. Těch prací přibýlo. Předtím jsem neoblíkal, nevařil, nepral, nežehlil. Což je teď na mně. Akorát, když něco nevím, tak se jdu zeptat. Třeba jak roztřídit prádlo do pračky.

Tazatelka: Takže vás to naučilo hlavně domácím pracím?

Dotazovaný: Asi jo, protože na nic jiného si nevzpomínám, čemu by mě to naučilo.

Tazatelka: Jeden pán, se kterým jsem také dělala rozhovor, říkal, že se naučil hodně trpělivosti.

Manželka dotazovaného: Té je potřeba hrozně moc.

Dotazovaný: Trochu jo. Nebo něco mezi tím.

Manželka dotazovaného: Docela dost.

Dotazovaný: Ale to jo, když člověk obsluhuje člověka, který něco nemůže nebo mu to jde pomalu, tak normálně by ho to rozčílilo, že to jde pomalu, že utíká čas a tak. Ale na to jsem si už zvyknul. Přišel jsem na to, že tím se nic neuspěchá.

Manželka dotazovaného: Manžel s tím žil už tak nějak předtím. S tou trpělivostí. On je vzorný. Vid'?

Dotazovaný: To ne. Ale teď ty okolnosti, je to víc potřeba. Předtím jsem obstarával takové ty věci ve městě, kde bylo potřeba dojet, dojet a to co bylo doma, toho bylo málo. Teď přibýly ještě práce doma. Tady v domácnosti.

Tazatelka: A vzalo vám to něco?

Manželka dotazovaného: Je dost nevyspalý. Protože v noci je třeba jít se mnou na záchod.

Tazatelka: Takže vlastně vám to bere energii?

Dotazovaný: Trochu energie, protože, když člověk není pořádně vyspalý, tak je dřív unavený. Ve dne, při práci, jsem si dokonce někdy šel po obědě lehnout a hned jsem usnul. Ale začal jsem se tomu vyhýbat, protože, když si zvyknu spát ve dne, tak nemůžu usnout večer. I když teď je to tak, že jsem si šel zrovna včera lehnout po obědě a když jsem šel večer spát, tak jsem usnul hned. Ono to nemusí být vůbec fyzickou únavou.

Manželka dotazovaného: Taky jsi trochu vyfoukaný z venku, když nejezdíš na kole. Musíš chodit pěšky.

Dotazovaný: No, a taky se líp spí, když je člověk upracovaný. Když jsem přes léto chodil na zahrádku, tak si taky člověk máknul. Ale je to teď trochu jinak nastavený. Taky to může být tím, jak беру léky na Parkinsonovu chorobu. Tam je u všech léků napsaný, že se nesmí řídit, protože to může přivodit stav ospalosti. Takže to může být taky zaviněný těmi léky, že jsem usnul.

Tazatelka: Možná je to všechno dohromady.

Dotazovaný: No jistě. To se nasčítá a ty léky tomu můžou pomoci.

Tazatelka: Máte kde čerpat energii? Tedy kromě spánku.

Dotazovaný: No, teď jsem chtěl říct, že akorát tím spaním.

Tazatelka: Myslím spíš psychickou energii, abyste měl kam odejít. Myslet i na něco jiného, než jen na to, že máte teď více činností, že musíte vyřídit něco tady, ve městě.

Dotazovaný: Každé pondělí máme zkoušky ve sboru.

Manželka dotazovaného: Je tam příjemné ovzduší, velice milé a přátelské. Nebo co jsem tam dřív chodila, tak to tak vždy bylo.

Dotazovaný: Nebo pak v neděli ráno do kostela, co se týče toho, že vypadnu odsud. Akorát si odbudu všechno to nutné ráno. Dále mi v doplnění energie pomáhá modlitba a eucharistie.

Manželka dotazovaného: A cvičení na varhany, to ti taky pomáhá pro odpočinek.

Dotazovaný: No, je to odpočinek, protože zapnu jinou část mozku.

Tazatelka: Dokázal jste si předtím, než se vaše manželka vrátila sem domů po mrtvici, představit, že budete dělat činnosti, které nyní děláte?

Dotazovaný: Já jsem nad tím asi moc nepřemýšlel. Ale bylo jasné, že až se vrátí domů, že se to bude muset nějak naplánovat. Do té doby jsem byl pánem svého času, kromě toho, že jsem za ní chodil do nemocnice. Úplnou představu jsem neměl, ale že s tím oblékáním třeba bude potřebovat pomoci, to jsem věděl. Ono to přemýšlení dopředu nemá moc velkou cenu, protože to je v kategorii odhadu. A lepší je nechat to, až to přijde. To co půjde, to se musí zařídit. A co se nestihne, to se nestihne. Akorát aby to nebyly nějaký věci důležité. Ale většinou to přijde tak, že se začíná těmi důležitými věcmi a pak se stihne buď všechno, nebo ne. Takže jak to život přinese. On už život přinesl takových situací, které jsme předtím nepředpokládali, tak to člověk musí vzít, že se to stalo a s tím se pak prostě zápasí. Tak bych to řekl.

Tazatelka: Jak dlouho myslíte, že bude trvat, než se vaše manželka vrátí zpátky do nějakého stavu, který byl před mrtvicí? Očekáváte vůbec, že se do něj vrátí?

Dotazovaný: No, tak bylo by to zbožný přání, aby to bylo tak jako dřív. Ale myslím si, jestli to není moc, protože se to nemusí podařit. Manželka má jít ještě do Košumberku někdy v průběhu letošního roku na 3 neděle. Takže tam zase prodělá nějakou intenzivní rehabilitaci, která by měla ještě něco zlepšit. Ale jestli to bude tak dobrý, jako to bylo předtím. On organismus už se těžko hojí. Stačí, když se říznu, tak mě udivuje, jak strašně dlouho trvá, než se to zahojí oproti tomu, jak to bylo dřív. To je zřejmě tím stářím. Ostatní se uvidí.

Manželka dotazovaného: Taký člověk neví, co nového se vyrobí.

Dotazovaný: Jistě. Může se vyvalit další nemoc, která to ovlivní jiným způsobem. Říkám je to moje přání, aby to bylo jako předtím. Ale není jisté, že se to do té dobré situace zase vrátí. Může se stát, že se něco už nevrátí, což není divu po sedmdesátce. Organismus už je opotřebovaný, tak se nevzpamatuje ze všeho.

Tazatelka: To jde všechno hůř. To bude všechno. Děkuji za rozhovor.